CRÍTICAS E ATUANTES

Ciências Sociais e Humanas
em Saúde
na América Latina

CRÍTICAS E ATUANTES

Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina

Maria Cecília de Souza Minayo
Carlos E. A. Coimbra Jr.
Organizadores

AUTORES

Alexandra Bambas
Doutora em Ética Médica e Saúde Pública, consultora da área de Eqüidade da Organização Mundial da Saúde e assessora do Global Equity Gauge - Alliance
lexi@hotmail.com

Ana Amélia Camarano
Economista, doutora em Estudos Populacionais, pesquisadora do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), Rio de Janeiro
aac@ipea.gov.br

André de Faria Pereira Neto
Historiador, doutor em Saúde Coletiva, pesquisador da Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro
pereiraneto@hotmail.com

Benno de Keijzer
Médico, antropólogo social e doutorando em Saúde Mental Comunitária, coordenador geral da ONG Salud y Gênero e professor do Mestrado em Psicologia e Desenvolvimento Comunitário, Universidad Veracruzana, México
bennodek@prodigy.net.mx

Brani Rozemberg
Bióloga, doutora em Saúde Pública/Antropologia da Comunicação e Educação em Saúde, pesquisadora do Centro de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro
branirozemberg@uol.com.br

Carlos Cáceres Palácio
Médico, psiquiatra, especialista em Sexualidade e Direitos Reprodutivos, doutor em Saúde Pública, professor da Universidade Cayetano Herédia, Lima
ccaceres@upch.edu.pe

Carlos Everardo Coimbra Junior (organizador)
Biólogo, mestre e doutor em Antropologia Médica, pesquisador titular da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro
carlos_coimbrajr@gbl.com.br

Carlos José Saldanha Machado
Cientista social, mestre em Ciências da Engenharia de Produção, doutor em Sociologia, pesquisador da Casa de Oswaldo Cruz/Museu da Vida, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro
saldanha@coc.fiocruz.br

Carlos Machado de Freitas
Historiador, mestre em Engenharia de Produção, doutor em Saúde Pública, pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro
carlosmf@ensp.fiocruz.br

Carlos Minayo Gómez
Químico, mestre em Sociologia, doutor em Ciências, pesquisador titular da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro
minayogo@ensp.fiocruz.br

Celia Maria de Almeida
Médica, mestra em Medicina Social, doutora em Saúde Pública, pesquisadora e docente da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro
calmeida@ensp.fiocruz.br

Celina Maria Modena
Psicolóloga, doutora em Ciências, pesquisadora visitante do Centro de Pesquisa Renné Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte
celina@cpqrr.fiocruz.br

Cláudia Maria Travassos
Medica, mestra e doutora em Saúde Pública, pesquisadora do Centro de Informação e Comunicação em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz
claudia@cict.fiocruz.br

Diego Armus
Historiador, doutor em História, professor de História Latino-americana na Swarthmore College, Pensylvania
darmus@swarthmore.edu

Edinilsa Ramos de Souza
Psicóloga, mestra em Saúde Pública e doutora em Ciências, pesquisadora do Centro Latino-americano de Estudos de Violência e Saúde (Claves/Ensp), da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro
edinilsa@claves.fiocruz.br

Eduardo Luis Menéndez Spina
Antropólogo, mestre em Saúde Pública, doutor em Filosofia, Letras e Antropologia, professor e pesquisador do Centro de Investigaciones y Estúdios Superiores en Antropologia Social (Ciesas), México, D.F.
emenendez1@yahoo.com.mx

Eduardo Viana Vargas
Cientista social, mestre em Antropologia Social, doutor em Ciências Humanas, Sociologia e Política; pós-doutor em Sociologia da Inovação, professor de Antropologia do Departamento de Sociologia e Antropologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte
evvargas@fafich.ufmg.br

Elizabeth Uchoa
Médica, doutora em Antropologia, pesquisadora titular do Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, professora do Departamento de Saúde Mental da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte
uchoae@cpqrr.fiocruz.br

Emilio Quevedo
Médico, especialista em Pediatria, doutor em Estudos Sociais das Ciências, professor e pesquisador do Centro de Historia de la Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá
equevedo@juval.com

Esther Jean Langdon
Socióloga e antropóloga, mestra e doutora em Antropologia, pós-doutora em Literatura Oral, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis
estherjeanbr@yahoo.com.br

Everardo Duarte Nunes
Cientista social, doutor em Ciências, professor do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas
evernunes@uol.com.br

Francisco Inácio Pinkusfeld M. Bastos
Médico, psiquiatra, doutor em Saúde Pública, pesquisador titular do Centro de Informação e Comunicação em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro
bastos@cict.fiocruz.br

Graciela Silvia Biagini
Socióloga, doutoranda em Ciências Sociais, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires - Universidad Nacional de Luján, Buenos Aires
grabiagini@ciudad.com.ar

Hugo Guillermo Spinelli
Médico, doutor em Saúde Coletiva, professor e pesquisador da Universidad Nacional de Lanús
hugospinelli@ciudad.com.ar

Jorge Diaz Polanco
Sociólogo, mestre em Sociologia da Educação Médica e Políticas de Saúde, professor pesquisador do Centro de Estúdios Del Desarrollo (Cendes), Universidad Central de Venezuela, Caracas
jdpolanco@cantv.net

José Carlos Rodrigues
Cientista social, mestre e doutor em Antropologia Social, professor associado da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro
jcr@uol.com.br

José Norberto Walter Dachs
Matemático, mestre em Matemática Aplicada, doutor em Estatística, pesquisador titular da Universidade Estadual de Campinas
dachs@ime.unicamp.br

José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres
Médico, especialista em Medicina Preventiva e Social, mestre, doutor e livre-docente em Medicina, professor do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
jrcayres@usp.br

Juan Antonio Casas-Zamora
Médico, doutor em Medicina Social e especialista em Política Internacional, funcionário sênior de Relações Externas do escritório da Organização Mundial da Saúde junto à Comunidade Européia
casasja@who-eu.be

Juan Guillermo Figueroa Perea
Filósofo e matemático, mestre em Investigação de Populações, pesquisador do Centro de Estúdios Demográficos, Urbanos y Ambientales do Colégio de México, México, D. F.
jfigue@colmex.mx

Lilia Blima Schraiber
Médica, doutora em Medicina, professora associada do Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
liliabli@usp.br

Luisa Basilia Iñiguez Rojas
Geógrafa, doutora em Ciências Geográficas, professora do Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humanos, Universidad de la Habana, Ciudad de la Habana
iniguezrojas@yahoo.com

Mabel Adriana Grimberg
Antropóloga, doutora em Antropologia, professora da Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires/Consejo Nacional de Investigaciones Cientificas y Técnicas, Buenos Aires
magrim@mail.retina.ar

Madel Therezinha Luz
Filósofa, mestra em Sociologia, doutora em Política, professora titular do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro
madelluz@uol.com.br

Mara Viveros Vigoya
Antropóloga, doutora em Antropologia, professora associada do Departamento de Antropologia da Universidade Nacional da Colômbia
mviverosv@unal.edu.co

Márcia Thereza Couto
Antropóloga, doutora em Antropologia e pós-doutora em Medicina Preventiva, professora visitante do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo
arthet@usp.br

Marcos César de Freitas Baptista
Médico, psiquiatra, assistente estrangeiro da U.E.R. de Medicina de Créteil, Universidade de Paris XII, professor da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro
marcosbaptista@hotmail.com

Marcos Chor Maio
Cientista social, mestre e doutor em Ciência Política, pesquisador da Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro
maio@alternex.com.br

Marcos de Souza Queiroz
Cientista social, doutor e pós-doutor em Antropologia Social, pesquisador titular do Centro de Memória da Unicamp (CMU), Universidade Estadual de Campinas
msq44@uol.com.br

Maria Cecília de Souza Minayo (organizadora)
Socióloga, mestra em antropologia, doutora em saúde pública, professora e pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro
cecília@claves.fiocruz.br

Maria Fernanda Furtado Lima e Costa
Médica, mestra em Ciências, doutora em Epidemiologia, pesquisadora do Centro de Pesquisa René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte
costa@cpqrr.fiocruz.br

Maria Luiza Garnelo
Médica, especialista em Medicina Preventiva e Social, mestra em Ciências Sociais, doutora em Ciências Sociais/Antropologia, pesquisadora do Centro de Pesquisa Leônidas & Maria Deane/Fiocruz, em Manaus, e professora da Universidade Federal do Amazonas, Manaus
garnelo@netium.com.br

Mario Norberto Bronfman
Demógrafo, cientista social, doutor em Saúde Pública, professor do Instituto Nacional de Salud Pública de México, diretor da Fundação Ford, México, D.F.
m.bronfman@fordfound.org

Martha Eugenia Rodríguez Pérez
Historiadora, especialista em História da Medicina, doutora em História, professora da Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de México, presidente da Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina, México, D.F.
marthaer@servidor.unam.mx

Miriam Struchiner
Desenhista industrial e programadora visual, mestra e doutora em Educação, professora e diretora do Núcleo de Tecnologias de Educação em Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro
mchiner@nutes.ufrj.br

Nísia Trindade Lima
Cientista social, doutora em Sociologia, pesquisadora da Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro
lima@coc.fiocruz.br

Regina Maria Vieira Ricciardi
Fonoaudióloga, especialista em Avaliação Educacional, pesquisadora do Núcleo de Tecnologia Educacional para a saúde (Nutes) da Universidade Federal do Rio de Janeiro
ricciardi@nutes.ufrj.br

Renato Peixoto Veras
Médico, mestre em Medicina Social, doutor em Medicina, professor do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e diretor da Universidade Aberta da Terceira Idade/Uerj, Rio de Janeiro
veras@uerj.br

Renée Beatriz di Pardo Cortés
Psicóloga, professora de Psicologia da Universidad Nacional de Buenos Aires, investigadora do Seminário Permanente de Antropologia Médica no Centro de Investigaciones y Estúdios Superiores de Antropologia/ Ciesas, México
reneedipardo@yahoo.com

Roberto Briceño-León
Cientista social, doutor em Sociologia, professor titular da Universidad Central de Venezuela e secretário executivo do Consejo Latino Americano de Ciencias Sociales (Clacso), Caracas
rbriceno@reacsium.ve

Sandra Cristina Vallenas Béjar
Socióloga, Departamento de Ciencias Sociales de la Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima
svallen@pucp.edu.pe

Saúl Franco Agudelo
Médico, mestre em Medicina Social, doutor em Saúde Pública, coordenador do Doctorado Interfacultades en Salud Pública/Universidad Nacional de Colombia, Bogotá
safrancoa@yahoo.co

Simone Maria dos Santos
Médica, especialista em Saúde Coletiva; mestra em Epidemiologia; pesquisadora colaboradora do Departamento de Informações em Saúde do Centro de Informação Científica e Tecnológica da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro
smsantos@fiocruz.br

Simone Souza Monteiro
Psicóloga, especialista em Pedagogia, mestra e doutora em Saúde Pública, professora do Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro
msimone@ioc.fiocruz.br

Sônia Maria da Fonseca Thedim-Costa
Jornalista, mestra em Saúde Pública, pesquisadora adjunta da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro
smftcosta@ensp.fiocruz.br

Taís Rabetti Giannella
Bióloga, mestra em Tecnologia Educacional nas Ciências da Saúde, doutoranda do Instituto de Ciências Biomédicas, UFRJ, Rio de Janeiro
taisrg@nutes.ufrj.br

Victor Vincent Valla
Historiador, doutor em história, professor e pesquisador titular da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro
valla@ensp.fiocruz.br

Virgínia Torres Schall
Bióloga, mestra em Ciências, doutora em Educação, pesquisadora titular e diretora do Laboratório de Educação em Saúde do Centro de Pesquisa Renée Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte
vtschall@cpqrr.fiocruz.br

SUMÁRIO

I - ABORDAGENS TEÓRICAS

II - ABORDAGENS DISCIPLINARES: ANTROPOLOGIA, HISTÓRIA, EDUCAÇÃO, INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO

III - POLÍTICAS DE SAÚDE E REFORMA DO ESTADO

IV - CIDADANIA E SAÚDE

V - PROBLEMAS SOCIAIS COM FORTE IMPACTO SOBRE A SAÚDE

APRESENTAÇÃO

Esta obra visa a sistematizar as discussões e reflexões que ocorreram durante o VII Congresso Latino-americano de Ciências Sociais e Saúde, realizado em Angra dos Reis, estado do Rio de Janeiro, de 19 a 23 de outubro de 2003. Esse, como cada um dos congressos anteriores, teve como um dos seus frutos a publicação de seleção dos textos apresentados por autores de referência e discutidos nos grupos de trabalho que se reuniram no evento. Os vários livros publicados têm servido às pesquisas e à docência nos diferentes países do continente e constituído importante biblioteca de referência das ciências sociais e saúde latino-americanas.[1]

O VII Congresso deu continuidade aos eventos semelhantes ocorridos nas últimas duas décadas, de periodicidade bianual, no Chile, Argentina, México, Venezuela, Peru e Brasil,[2] reunindo cientistas sociais, médicos, enfermeiros, psicólogos e sanitaristas em torno das questões sociais, políticas e culturais que afetam a saúde coletiva na região. Esses congressos, ao mesmo tempo que aprofundam temas regionais, vinculam-se institucionalmente ao Fórum Mundial de Ciências Sociais e Medicina, criado há cerca de 20 anos em torno da revista *Social Science and Medicine* para aprofundar, socializar e divulgar os conhecimentos das ciências sociais aplicadas à saúde.

No evento de Angra dos Reis, tivemos a presença da atual secretária-geral do Fórum Mundial, sua maior autoridade por delegação das representações dos países, a dra. Akile Gürsoy, da Turquia. A criação dessa instância internacional se deveu, entre outros motivos, à constatação da necessidade de se fortalecer um pensamento próprio e adequado das ciências sociais em saúde. O VII Congresso enfatizou as contribuições das ciências sociais para a superação

[1] Vide texto de fundação do International Forum for Social Science and Medicine na América Latina, organizado por Roberto Briceño-León, *Las Ciencias Sociales y la Salud en América Latina*. Caracas: Fundación Polar, 1999, e os que se seguiram, referentes aos IV, V e VI Congressos Latino-americanos de Ciências Sociais e Saúde, respectivamente, BRONFMAN, M. & CASTRO, R. (Orgs.) *Salud, Cambio Social y Políticas: perspectivas desde la América Latina*. México, D.F.: Edamex, 1999; BRICEÑO-LEÓN, R.; MINAYO, M. C. de S. & COIMBRA JR., C. E.,A. (Orgs.) *Salud y Equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000; CÁCERES, C. et al. *La Salud como Derecho Ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2003.

[2] Até o presente, o Brasil é o único país no qual o congresso se realizou duas vezes.

dos grandes desafios da saúde coletiva na região. Estrategicamente, o evento buscou focalizar, ainda, a construção de laços de cooperação visando às oportunidades de compartilhamento de investigações e de produção científica não somente entre os pesquisadores de diferentes países, mas também entre a academia e os serviços de saúde.

Durante o congresso houve duas conferências magistrais: uma do dr. Johannes Sommerfeld, coordenador do Programa de Pesquisas Sociais do TDR/WHO, intitulada 'TDR's social research agenda on globalization, inequalities and infeccious diseases', e outra, proferida pelo Dr. Everardo Duarte Nunes, professor da Faculdade de Medicina da Unicamp, que versou sobre 'As ciências sociais e saúde: uma reflexão sobre sua história'. Durante o evento, foram ainda homenageados dois cientistas sociais cuja obra foi indicada pelo Comitê Científico do VII Congresso como fundamental à consolidação do campo das ciências sociais e saúde na América Latina: o venezuelano Roberto Briceño-León, ex-secretário-geral do Fórum Mundial de Ciências Sociais e Medicina, e o brasileiro Everardo Duarte Nunes. Com o objetivo de contribuir para a disseminação do pensamento social em saúde latino-americano, foi lançado durante o evento um número temático da revista *Ciência & Saúde Coletiva*, denominado Ciências Sociais e Saúde na América Latina: visões contemporâneas, que teve como editor convidado o Dr. Everardo D. Nunes.

Seguindo a linha e a tradição dos anteriores, esse congresso convergiu sua dinâmica para os debates e reflexões em pequenos grupos. A participação nas equipes se baseou em artigos de referência sobre os temas principais e na livre escolha dos participantes. Os textos foram encomendados a pesquisadores, cientistas sociais ou da área biomédica de vários países da região e colocados, em versão preliminar, à disposição dos participantes, de forma que todos os interessados tiveram acesso ao conjunto dos trabalhos apresentados e discutidos. O formato de funcionamento do congresso se aproximou da idéia de um conjunto de 'oficinas de construção do conhecimento'. Estudantes, jovens pesquisadores e profissionais técnicos do setor Saúde também participaram, embora sua presença tenha ocorrido em menor número devido a dificuldades de financiamento para um evento desse tipo.

O conteúdo das discussões, esboçado por um comitê científico, passou por um período de consulta pública à comunidade de ciências sociais e saúde na América Latina, por via eletrônica, de modo a salvaguardar a relevância dos temas. Todo o esforço a partir de então consistiu em escolher os melhores colaboradores para escrever os trabalhos, de forma a: (a) responder a um cenário das necessidades dos sistemas de saúde latino-americanos e (b) propiciar aos participantes uma discussão teoricamente densa e estabelecer uma agenda positiva.

Foram debatidos 19 temas, a saber: (i) Indicadores de condições de saúde e desigualdades sociais; (ii) Mudanças demográficas e desafios à saúde dos idosos na América Latina; (iii) Papel das agências internacionais no financiamento e na definição de políticas de saúde na América Latina; (iv) Papel das ONGs na construção da política de saúde na América Latina; (v) Ética e ciências sociais em saúde; (vi) Etnicidade, raça e saúde na América Latina; (vii) História da saúde na América Latina e personalidades marcantes na construção do setor na América Latina; (viii) Contribuição da antropologia para o desenvolvimento das práticas de saúde na América Latina;

(ix) Práticas alternativas em saúde na América Latina; (x) Novos discursos e velhas práticas em saúde pública na América Latina, com ênfase nas propostas de promoção da saúde e da qualidade de vida; (xi) Modelos conceituais e experiências em curso das relações entre saúde e ambiente na América Latina; (xii) Novos problemas de gênero na América Latina, com destaque para as desvantagens da saúde masculina; (xiii) O impacto da violência sobre a saúde na América Latina; (xiv) Participação popular, projetos de solidariedade e de promoção da vida, e discursos e práticas de educação em saúde na América Latina; (xv) Novas tecnologias de informação e educação em saúde na América Latina, provocadas pela revolução do setor de informação e de comunicação; (xvi) Mudanças globais no mundo do trabalho e seus impactos sobre a saúde na América Latina; (xvii) Novos impactos do consumo de álcool e drogas sobre a saúde na América Latina; (xix) Economia da saúde na América Latina, tendo como referência a questão social.

Foram discutidos 54 textos relacionados aos temas listados, dos quais 38 estão sendo publicados aqui. Para apresentá-los, seria plausível utilizar várias classificação, pois, geralmente, cada um deles ultrapassa os limites disciplinares clássicos. Adotamos um tipo de categorização detalhado a seguir, sugerindo aos leitores que façam suas próprias escolhas.

Começamos pelas abordagens teóricas. Nesse conjunto de textos, os autores lançam um olhar histórico, sociológico, antropológico, filosófico e ético sobre o campo da saúde, por meio de revisões da literatura, ensaios pessoais e propostas inovadoras. Nesse grupo estão os trabalhos de Everardo Duarte Nunes, Madel Therezinha Luz, Carlos Machado de Freitas, Juan Guillermo Figueroa Perea, Victor Vincent Valla, José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres e Marcos S. Queiroz.

A seguir, vêm as abordagens disciplinares tratando de investigações específicas. Na área da antropologia, há textos sobre o corpo e a reformulação das práticas sanitárias, desenvolvidos por José Carlos Rodrigues, Luiza Garnelo e Esther Jean Langdon. Nas investigações sobre a história e sobre os construtores do pensamento e das práticas em saúde, apresentamos os trabalhos de Diego Armus, Nísia Trindade Lima, André Pereira Neto, Emílio Quevedo e Marta Eugenia Rodriguez. As autoras Virgínia Torres Schall e Celina Maria Modena, Miriam Struchiner, Taís Rabetti Gianella e Regina Vieira Ricciardi tratam dos desafios, para a educação em saúde, trazidos pelas transformações da era da informação e da comunicação.

Um terceiro bloco de trabalhos detém-se nas questões relacionadas ao Estado e às políticas de saúde. Aborda as reformas promovidas pelos governos em toda a América Latina e as mudanças nas relações internacionais, em contraponto às desigualdades sociais na região. No primeiro caso houve balanço e projeções a respeito da forte inflexão reformista da década de 90 do século XX, tratados por Celia Almeida, Jorge Diaz Polanco e Mario Bronfman. Em contraponto estão os estudos sobre desigualdades sociais em saúde de Hugo Spinelli e de José Norberto Walter Dachs, Alexandra Bambas e Juan Antonio Casas.

O quarto bloco trata da cidadania em suas responsabilidades e demandas ao setor Saúde. Os textos de Graciela Biagini, Benno de Keijzer, Sandra Vallenas e Mabel Grimberg abordam a participação social e o empoderamento de diferentes atores sociais. Outro conjunto de textos

aprofunda questões de grupos específicos segundo gênero, raça/cor e faixas etárias, com os trabalhos de Carlos Cáceres, Francisco Inácio Bastos e Cláudia Travassos, Simone Monteiro e Marcos Chor Maio, Mara Viveros, Renato Veras, Ana Amélia Camarano, Maria Fernanda Furtado Lima e Costa e Elizabeth Uchoa. Um terceiro grupo de abordagens analisa a economia e os problemas ambientais sob a ótica dos sujeitos e das coletividades, tendo como autores Carlos Minayo-Goméz e Sonia Maria da Fonseca Thedim-Costa, Brani Rozemberg e Carlos José Saldanha Machado.

Por fim, apresentamos os trabalhos que focalizam problemas sociais com forte impacto sobre a saúde. Num bloco estão os que tratam do alcoolismo e drogadição, com a reflexão de Eduardo Menéndez e Renée Beatriz di Pardo, Eduardo Viana Vargas e Marcos Baptista. Noutro, também foi discutida a violência social, vista como fenômeno relevante em toda a América Latina, repercutindo na saúde das populações, no perfil dos serviços de saúde e na qualidade de vida. Tais questões são tratadas por Saúl Franco Agudelo, Edinilsa Ramos de Souza, Roberto Briceño-León, Luisa Iñiguez Rojas, Simone Santos e Chistovam Barcellos, Márcia Thereza Couto e Lilia Blima Schraiber.

O evento não teria sido possível sem o apoio incondicional da Fundação Oswaldo Cruz, que, por intermédio de sua Presidência e de quatro de suas unidades – Escola Nacional de Saúde Pública, Instituto Fernandes Figueira, Casa de Oswaldo Cruz e Centro de Pesquisas Leônidas & Maria Deane –, promoveu o VII Congresso. O evento também foi apoiado pela Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), pelo Ministério da Saúde, pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), pela Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj), pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo Centro de Pesquisa sobre Gênero e Sexualidade do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, pelo International Development Research Centre (IDRC) e pela Fundação Ford.

Como o leitor poderá constatar, este livro evidencia um momento pujante de produção intelectual na área de ciências sociais em saúde, embora essa dinâmica não esteja igualmente distribuída na América Latina, seja porque não tivemos a presença, no congresso, de representantes de todos os países, seja pela desigualdade nos investimentos científicos no interior de cada um deles. Apesar dessa evidente limitação, consideramos que o leitor encontrará aqui material original para ampliar sua reflexão e aprofundar seus conhecimentos acerca das ciências sociais e saúde na América Latina.

Os Organizadores

ABORDAGENS TEÓRICAS

1. CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE:

UMA REFLEXÃO SOBRE SUA HISTÓRIA

Everardo Duarte Nunes

Minhas primeiras palavras em relação ao tema que devo abordar são sobre a extrema dificuldade em falar a este auditório de pares e companheiros de jornada, construtores deste campo e partícipes da sua trajetória. Assim, lanço-me a esse desafio pensando, inicialmente, em qual deveria ser o meu ponto de partida – a memória ou a história. Como escreve Pierre Nora, em seu belíssimo texto 'Entre memória e história: a problemática dos lugares', memória e história não são sinônimos:

> A memória é a vida, sempre carregada por grupos vivos e, nesse sentido, ela está em permanente evolução, aberta à dialética da lembrança e do esquecimento, inconsciente de suas deformações sucessivas, vulnerável a todos os usos e manipulações, susceptível de longas latências e de repentinas revitalizações. A história é a reconstrução sempre problemática e incompleta do que não existe mais. (Nora, 1993:9)

Nora diz que em contraponto à atualidade do fenômeno da memória, "um elo vivido no eterno presente, a história é uma representação do passado" (Nora, 1993:9). Trabalhar essa representação do passado, que pertence a todos, que é relativa e demanda análise e crítica, é um longo exercício para dentro do conhecimento ao qual se chega não somente através da razão, mas sabendo que a subjetividade faz parte desse jogo. Ao mesmo tempo, sem pretender ser memorialista, caminho para esta apresentação lembrando-me de Walter Benjamin, quando ensina que "nada do que jamais aconteceu pode ser dado por perdido para a história" (...) e afirma: "A verdadeira imagem do passado perpassa, veloz. O passado só se deixa fixar, como imagem que relampeja irreversivelmente, no momento em que é reconhecido" (Benjamin, 1987:223-224). Assim, tratar das ciências sociais em saúde em sua trajetória histórica é recuperar do passado personagens, eventos, textos e lembranças.

Para os historiadores, certamente, a nossa é ainda uma breve história; já saímos do acontecimento, mas os pontos esparsos que são citados no século XIX e começo do século XX são pontos de uma construção que vai se estruturando nos anos 20 do século passado e que iria constituir o campo das ciências sociais em saúde e que se manifestaria, com sua maior pujança,

nos Estados Unidos, a partir dos anos 50. Assim, enquanto a experiência norte-americana nesta área tem suas origens há mais de cinco décadas, a experiência latino-americana no campo das investigações e do ensino em ciências sociais e saúde é mais recente, tem início nos anos 60 e se firma a partir da década de 70. Como tem sido salientado pelos estudiosos, a primeira observação que sobressai quando se inicia a análise das ciências sociais em saúde, particularmente da sociologia, é que os nossos clássicos Comte, Marx, Durkheim, mesmo quando trataram de temas voltados para a doença e a medicina, não fizeram dessa experiência a centralidade de seus objetos de reflexão e estudos; há, portanto, a falta de uma tradição clássica para esta área, quando comparada aos outros campos temáticos da sociologia. Diversos autores observam que todos os sociólogos, antes de Parsons, teóricos importantes, ignoraram a medicina como uma instituição social, mesmo considerando que alguns deles fizeram incursões sobre a saúde e a doença, como o próprio Comte; ou Max Weber, que organizou e administrou hospitais em Heidelberg no início da Primeira Guerra; Emile Durkheim, que escreveu uma obra fundamental na sociologia – *O Suicídio*, que hoje reconheceríamos como um intento de associar a sociologia e a epidemiologia –, e Marx e Engels, que escreveram sobre a saúde e a doença das classes trabalhadoras relacionadas às condições de vida e de trabalho, para citarmos os mais conhecidos. Esses trabalhos não levaram ao desenvolvimento de uma sociologia da saúde e da doença. Dessa forma, os estudos sobre a religião, a política, os modos de produção e outros processos sociais básicos centralizariam na emergência da sociologia as suas preocupações, não sendo a medicina uma instituição que expressasse a estrutura e a natureza da sociedade (Nunes, 1999).

Quando se faz a arqueologia do campo da sociologia da saúde, vemos que esta designação aparece no século XIX. Em 1893, um médico da Pensilvânia, Charles McIntire, faz uma preleção sobre a questão da sociologia médica; esse trabalho é publicado no ano seguinte e constitui um marco interessante como ponto de partida histórico, visto que a primeira associação entre higiene e sociologia aparece, em 1879, num estudo de John Shaw Billings (1838-1913). Logo no início do século XX, em 1902, a primeira mulher que se formou em medicina nos Estados Unidos, Elizabeth Blackwel (1821-1910), escreve um livro denominado *Essays in Medical Sociology*. Em 1909, James P. Warbasse (1866-1957) escreve um outro trabalho com o título de *Medical Sociology*. Essas citações são parte da história das preocupações com o campo da sociologia médica, mas, sem dúvida, os precedentes sociológicos importantes da disciplina são encontrados nos trabalhos que se produzem a partir do final da década de 20 do século XX e se estendem até os anos 40, configurando uma primeira fase no desenvolvimento da sociologia médica norte-americana. Essa primeira fase é muitas vezes pouco valorizada, mas não se pode esquecer que os trabalhos sobre problemas sociais e questões específicas sobre a distribuição da doença figuram como temas importantes da chamada Primeira Escola de Chicago, que, sob a direção de William Thomas e Robert Park, faz estudos da maior importância sobre as relações entre o espaço urbano e as questões da doença mental, do suicídio, da prostituição. São trabalhos que marcam o momento no qual essas idéias de abordar aspectos sociais em relação à doença começam a aparecer. Não se pode esquecer que, em 1922, Ogburn, que cunhará a expressão '*cultural lag*', estuda a defasagem entre os avanços tecnológicos na medicina e a sua

aplicação. Outros estudiosos farão parte desse momento, nesta história. Temos que citar, obrigatoriamente, alguns deles: o sociólogo e antropólogo dos mais importantes Bernhard Stern (1894-1956), que publica, em 1927, um trabalho intitulado *Social Factors in Medical Progress.* É interessante a história desse sociólogo marxista, que teve problemas por assumir esta perspectiva em seus trabalhos: este teria sido um dos fatores que motivaram sua relativa marginalização da história da sociologia médica.

Em 1935, uma questão que atravessará a sociologia da medicina e da Saúde, o relacionamento médico-paciente, começa a ser estudada de forma mais sistemática. Lawrence J. Henderson (1878-1942), bioquímico de formação, estuda sociologia e escreve um trabalho que se tornou fundamental, porque, pela primeira vez, ele trabalha com a noção de sistema social para estudar a relação médico-paciente. Lawrence Henderson formará um grupo importante na Universidade de Harvard, o chamado Círculo de Pareto, no qual várias idéias serão desenvolvidas e trabalhadas. Na história desse pensamento social que vai sendo construído, a importância de Henderson é das maiores. Henderson figura, como referência, no pé de página do trabalho clássico de Parsons, publicado em 1951, sobre a questão da prática médica nos Estados Unidos, no estudo que ficou amplamente conhecido por tratar dos papéis do doente, do médico e das relações que se travam entre eles. Esses personagens iniciais são precursores, mas se fôssemos verificar o momento em que realmente a sociologia aplicada à medicina começa a ter um desenvolvimento maior, poderíamos dizer que foi no término da Segunda Guerra, em um clima intelectual diferente do de outras especialidades sociológicas tradicionais, porque essas tinham suas raízes no século XIX. A principal diferença entre essa sociologia que se cria e os outros ramos é que a expectativa das agências financiadoras e dos *police makers* era a de um campo aplicado produzindo conhecimento social que pudesse ser usado na prática médica, nas campanhas de saúde pública e na formulação de políticas de saúde. Essa é uma idéia forte e motivadora para que se comece a construir esse campo, que terá um desenvolvimento extraordinário nos Estados Unidos. Já me referi à importância que tiveram os primeiros estudos da Escola de Chicago, estudos que serão mais densamente realizados na década de 50, portanto no período pós-guerra; um dos trabalhos fundamentais que aparecem é o estudo de Hollingshead e Redlich, um sociólogo e um psiquiatra, que se juntam e fazem um trabalho pioneiro no estudo das classes sociais e da doença mental. A idéia dos *police makers*, que se junta à das agências financiadoras, é constatada nos estudos feitos sob os auspícios do National Institute of Mental Health, estabelecendo uma aliança inicial da sociologia com a psiquiatria, em uma cooperação bastante fértil. Assim, para os Estados Unidos, embora haja antecedentes importantes, vamos reafirmar que a direção que a sociologia assume ocorre no pós-guerra: a data é 1951, uma marca no desenvolvimento desse campo, quando Parsons escreve um texto, *Social Structure and Dynamics Process: the case of modern medical practice*,[1] que se torna paradigmático na área; ao analisar a sociedade como um sistema de variáveis funcionalmente inter-relacionadas, Parsons inclui o estudo da prática médica e da relação médico-paciente como um exemplo de um

[1] Análise detalhada deste texto e da história da sociologia médica nos Estados Unidos encontra-se em Nunes (1999).

subsistema social, definindo cuidadosamente os pré-requisitos funcionais necessários ao seu funcionamento. Sua conceituação de *'sick role'* será o ponto de partida de inúmeras investigações que se estendem até os anos 70, quando as abordagens de outro sociólogo, Elliot Freidson, ao situar os aspectos conflitivos do relacionamento médico-paciente faz emergir uma outra perspectiva sobre o tema. Data também desse momento o aparecimento da crítica marxista à perspectiva parsoniana. Neste panorama não há, propriamente, uma substituição de paradigmas, mas há uma trajetória em que certos tipos de estudos vão sendo substituídos por um outro referencial teórico e metodológico. Sendo impossível sintetizar o percurso do campo nos Estados Unidos, nesta palestra, pela quantidade e densidade do material, apanhamos *flashes* da trajetória que é marcada, ainda nos anos 50, pelo primeiro estudo sociológico do processo de socialização em uma escola médica, com a publicação de *The Student-Physician*, por Merton e colaboradores, em 1957, na Columbia University. Poucos anos depois, seria a vez de outro sociólogo orientar estudos sobre o estudante de medicina; refiro-me a Howard Becker e seu clássico *Boys in White*.[2] A sociologia médica seguiria uma carreira ascendente nos Estados Unidos e, como mostra Bloom, um veterano da sociologia e pioneiro do ensino da sociologia em uma escola médica, nessa trajetória ocorreria, a partir dos anos 70, uma mudança de perspectiva nos trabalhos dos sociólogos na área médica no seu país, que passaram da microanálise para uma perspectiva macroanalítica.

Uma questão importante a se observar é que a diversidade que acompanhará o seu desenvolvimento em anos recentes reflete as diferentes tradições históricas e intelectuais que se firmaram no Velho e no Novo Mundo. Essas tradições se tornaram forjadoras de determinadas preocupações e visões de mundo, imprimindo características próprias aos caminhos trilhados pela área. Em realidade, como sabemos, a emergência de um pensamento social em saúde se estabelece estritamente relacionado com a problemática socioeconômica, político-ideológica e das tradições culturais e intelectuais de cada época e de cada contexto. A idéia do antropólogo Eduardo Menéndez (1992) de que a revisão global do conhecimento ocorre a partir de crises estruturais, mas também pela inviabilidade ou pelas limitações dos paradigmas dominantes, ou das tendências hegemônicas das próprias disciplinas, parece-me bastante acertada; é preciso considerar, inclusive, que ambas as crises não necessariamente coincidem. Essa idéia pode ser ilustrada de diversas maneiras, e a história da área na Inglaterra, França e outros países reflete as condições que possibilitaram sua emergência e trajetória.

Nos estudos sobre a constituição do campo das ciências sociais em saúde, muitos aspectos têm sido abordados, e entre eles os que dizem respeito à posição profissional dos cientistas sociais. Muitas vezes, esses cientistas enfrentaram uma dupla desvantagem, porque eles não eram médicos praticantes e não estavam envolvidos diretamente no cuidado do paciente; além disso, eram vistos como críticos das instituições médicas e do papel do médico, o que tornava extremamente problemática a sua inserção nas próprias escolas médicas. Esses problemas fo-

[2] Sobre estes dois livros, ver Nunes (1999).

ram enfrentados no nascedouro da sociologia médica nos Estados Unidos e vão se repetir em outros países, e, mais tarde, na América Latina. Estes aportes iniciais sobre a sociologia médica nos Estados Unidos são importantes, a meu ver, na medida em que, para a América Latina, tanto o projeto das ciências sociais como o da sua extensão à área da saúde apresentam algumas peculiaridades, embora não se negue a intensa influência dos Estados Unidos em alguns momentos de sua história.

Na América Latina, as ciências sociais, em particular a sociologia, projetam-se entre as décadas de 30 e 50, quando ocorrem também os prenúncios de uma preocupação com a saúde, embora apresentem desenvolvimentos separados. Trata-se do período no qual há, por parte de frações da burguesia local, um esforço de industrialização substitutiva de desenvolvimento capitalista independente e de modernização social. Nesse momento, como é contado por muitos autores, os estudos de diversas disciplinas das ciências sociais, principalmente economia e sociologia, tornam-se autônomos e profissionais. Sabe-se que, na história do pensamento social na América Latina, houve uma forte influência européia, a fase da filosofia moral, seguida, após a independência das colônias, pela absorção das idéias de diversas correntes, tais como o saint-simonismo, o historicismo e o ecletismo. No século XIX, o positivismo torna-se, em muitos países, como o Brasil e México, doutrina oficial. Há, evidentemente, algumas correntes dissidentes desenvolvendo uma sociologia marginal, mas a expressão maior é a do positivismo. É também o momento no qual se institucionaliza a sociologia, com a criação das cátedras em vários países; poderíamos citar a Colômbia, em 1882; a Argentina, em 1897; o México, em 1900, e o Equador, em 1906. No Brasil, o desenvolvimento da sociologia como um campo acadêmico ocorrerá na terceira década do século XX, com a criação, em 1933, da Escola Livre de Sociologia e Política, em São Paulo, e, em 1934, da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo. A crítica ao positivismo e ao racionalismo abre campo para outras correntes. A partir dos anos 50, desenvolve-se a fase denominada sociologia científica, e, aqui, é grande a influência norte-americana, com seu caráter internacional, institucional, profissionalizante, distinguindo ciência e ideologia, promovendo a pesquisa empírica e a metodologia e adotando a teoria da modernização. Na segunda metade dos anos 60, abre-se a fase da sociologia crítica, que aparece quando fracassam os projetos desenvolvimentistas. Para o sociólogo Pablo Gonzalez Casanova, que assume, em 1966, a direção da *Revista Mexicana de Sociologia* e a direção do Instituto de Investigações Sociais da Universidade Nacional Autônoma do México, a marca desse período, não somente no México mas em todo o continente, será a investigação da dinâmica da desigualdade. Investigação das condições demográficas, de alimentação, nutrição, trabalho, emprego, consumo, economia, transporte, moradia, vestuário, lazer, recreação, saúde, seguridade social, liberdades humanas, o voto e a participação da mulher (Sefchovich, 1989). O que se propunha nesse momento? Uma interpretação política e social dos fenômenos com uma crítica do Estado. Estudar a realidade de cada país, com um enfoque marxista, torna-se uma forma de pensar que se generaliza. Para alguns analistas, é no chamado período dependentista que o pensamento latino-americano realiza a criação original de um marco interpretativo geral, a partir das relações entre o centro e a periferia, com a teoria da depen-

dência. O tema da dependência começa a desaparecer quando se percebe que as suas teorias não foram capazes de predizer o futuro dos regimes políticos da região e, muito menos, o caráter das forças políticas que contribuíram para essas mudanças. Para esse sociólogo latino-americano, a experiência e a novidade histórica que se passa a viver, a forma pela qual se vive a crise em cada um dos nossos países e seus continentes, seus efeitos imediatos e os que podem ocorrer em um futuro mais remoto eram temas que exigiam uma reflexão cuidadosa, de modo que se tornou necessário, para as ciências sociais, pensar de forma diferente e recolocar questões que caminharam desde a própria conceituação do Estado, do movimento operário, do movimento dos camponeses etc., até a metodologia empregada, ou seja, desde os temas até as perspectivas. O que tem sido comprovado na literatura geral, a partir desse momento, é o surgimento de novas categorias, novos elementos para interpretar a realidade.

É interessante observar que a rica e produtiva exploração de problemas sociais na América Latina não incorporou, a não ser esporadicamente, o tema da saúde. Lembre-se que já havia em alguns países, especialmente México e Peru, uma rica tradição médico-antropológica, que viria marcar a produção científica atual. Há alguma preocupação quanto a isso entre os anos 30 e 40, mas é somente a partir das décadas de 60 e de 70 que essa incorporação realmente se efetiva; ela se firma como tema de pesquisa e como preocupação de ensino pós-graduado. Existem alguns antecedentes que podem ser lembrados, como convênios bilaterais entre o governo dos Estados Unidos e diversos países latino-americanos, assinados em 1942, em que há interesse pelos temas de saúde, até porque esse era um interesse da Divisão de Saúde e Saneamento do Instituto de Assuntos Interamericanos. Por quê? Do ponto de vista militar, havia interesse em melhorar as condições de saúde, sobretudo em relação às exigências das Forças Armadas e das Forças Aliadas. Do ponto de vista político, era preciso cumprir as obrigações do governo americano em relação ao governo latino-americano e brasileiro, porque havia sido feita uma conferência no Rio, em 42, e assumidas alguns compromissos em relação a isso. Do ponto de vista da produção, era necessário obter um aumento da produção de materiais essenciais em zonas onde existissem más condições de saúde. Do ponto de vista moral, era interessante demonstrar com fatos, e não somente com palavras, os benefícios tangíveis da democracia em marcha e conseguir apoio da população civil. Esses eram alguns dos pontos levantados nesses convênios bilaterais (García, 1989). Outro antecedente que pode ser citado, no caso do Brasil, são as primeiras investigações antropológicas sobre fatores socioculturais em saúde, que foram feitas nos serviços de saúde no final dos anos 30 e durante a década de 40. Podemos citar dois antropólogos que fizeram esse trabalho: Charles Wagley e Kalervo Oberg. O primeiro, que estava no Brasil desde 1939, a convite do Museu Nacional, realiza estudos na região amazônica para a instalação do Serviço Especial de Saúde Pública, onde permaneceu até 1946. Na década de 50, outro antropólogo, Kalervo Oberg, realiza, a pedido do Serviço Especial de Saúde Pública do Instituto de Assuntos Norte Americanos, estudos de comunidades em alguns estados brasileiros, a fim de subsidiar o planejamento sanitário. Em outros países da América Latina, os primeiros cientistas que se incorporam também são antropólogos. No caso da América Central, do Panamá, no Instituto de Nutrição da América Cen-

tral e Panamá (Incap), destaque-se que esses primeiros programas contavam com o patrocínio, além do Instituto de Assuntos Inter-Americanos, da Oficina Sanitária Pan-Americana, da Divisão Internacional da Fundação Rockefeller e do Serviço Cooperativo Inter-Americano de Saúde Pública. Isso mostra a antigüidade desses trabalhos, a qual se comprova vendo-se os primeiros levantamentos de referências bibliográficas, em que aparece a medicina tradicional destacando-se nessa produção, num primeiro levantamento sobre a produção científica na área das ciências da conduta, feito em 1965 e publicado em 1966 (Badgley & Schulte, 1966). São trabalhos particularmente ilustrativos da complexa situação que se produz quando integrantes de equipes de saúde entram em contato com populações ou comunidades latino-americanas. Alguns antropólogos já analisaram muito bem esse período, e pode-se dizer que a quase totalidade dessa produção é identificada com a etnomedicina, é uma produção que não foi muito utilizada e se concentrou em determinados grupos de estudo, em determinadas populações. De um modo geral, a teoria dominante nesses trabalhos foi o funcionalismo cultural. A maior diferenciação do campo, no sentido de uma antropologia médica e da saúde, seria tarefa desenvolvida a partir da segunda metade dos anos 70; nesse campo, a contribuição latino-americana é original e de expressiva qualidade.

Esses precedentes da pesquisa antropológica são importantes, mas a tentativa de incorporar as ciências sociais à saúde de forma sistemática vai ocorrer nos anos 60, em conseqüência de algumas questões que favoreceram a inserção das ciências sociais através do ensino, questões que se fizeram sobre o modelo biomédico e o seu papel orientador da formação médica. Nesse momento, como conseqüência de uma série de seminários e de congressos realizados na América Latina, estabelece-se uma crítica muito contundente ao modelo de ensino que, então centrado no biológico, passa a ser redimensionado, inclusive com a inclusão de novas disciplinas no currículo: a epidemiologia, a administração, a bioestatística, as ciências da conduta. Essas disciplinas aparecem como uma forma de criticar a biologização do ensino, calcada em práticas individuais, centradas no hospital, introduzindo novos conhecimentos, mas, também, para fornecer uma visão mais completa do próprio indivíduo. Trata-se da integração conhecida como 'biopsicossocial', quando se trata do plano do indivíduo; e, no plano da comunidade, é a chamada 'medicina integral', uma tradução da terminologia americana, *'comprehensive medicine'*, que procura integrar a família; para isso, era muito importante a presença do cientista social que pudesse desenvolver tal idéia, pois ele tinha instrumentos de análise da família, da comunidade e poderia fornecer elementos para a inserção desse ensino no currículo das faculdades de medicina. Esta é uma das faces desse momento, e é muito interessante quando verificamos os levantamentos bibliográficos da época, pois, realmente, o ensino aparece de forma destacada na bibliografia, seguido de estudos sobre a medicina tradicional, estudos demográficos, estudos sobre a comunidade; aparecem em último lugar os estudos sobre serviços de saúde. No período de 1970-1979, haverá uma modificação nessa ordem, e os estudos sobre a organização social das práticas de saúde apresentarão uma porcentagem de 36% da produção. Lembre-se que de 1980 a 1985 os levantamentos evidenciam que 45,3% da produção continuam a ser representados pelos serviços de saúde e pela organização social das práticas de saúde, seguidos de estudos sobre o processo saúde-doença, com 38,5% (Nunes, 1991).

Há muitos pontos comuns na experiência latino-americana, tanto na emergência quanto no desenvolvimento das ciências sociais em saúde; porém, deve-se ressaltar que as tendências expressam as situações locais, como no México, onde as '*corrientes fundacionales*', segundo a expressão de Roberto Castro, podem ser buscadas na antropologia médica, na medicina social e na sociologia da saúde pública. Estas têm sido revisitadas por Ignácio Almada Bay, Eduardo Menéndez, Mario Bronfman, Asa C. Noriega, Laurell e Julio Frenk e pelo próprio Roberto Castro, para citarmos apenas alguns dos mais importantes pesquisadores naquele país. Como analisa Castro (2003), uma segunda geração de sociólogos da saúde mexicanos, mesmo tendo sido formados em algumas dessas correntes, mas com a experiência adquirida em outros contextos, enriqueceram as pesquisas com novos aportes teóricos e metodológicos, antes caracterizados quase exclusivamente pela perspectiva estrutural e pelos enfoques da saúde pública.

Da mesma forma, pode-se acompanhar o desenvolvimento das ciências sociais na Venezuela, que embora tenha suas origens no começo do século XX, como relatado por Roberto Briceño-León, são incorporadas no mundo acadêmico, de forma institucionalizada, a partir da segunda metade dos anos 50, seguindo de perto uma trajetória que foi bastante comum em diversos países, inclusive o Brasil, ou seja, através do ensino. Nesse momento, os esforços de Yolanda Machado, Díaz Polanco e Pedro Castellanos não podem ser esquecidos. Com uma trajetória ascendente, as ciências sociais em saúde na Venezuela têm encontrado um terreno fértil de produção científica, que, como mostra um dos seus líderes, Roberto Briceño-León (2003), tem diversificado suas abordagens teóricas e metodológicas em uma diversidade temática de caráter pluralista.

Como já dito aqui, a questão do ensino tem sido uma preocupação constante do campo e esteve durante os seus primeiros tempos bastante influenciada pela literatura norte-americana, que vinha por intermédio de Parsons, Samuel Bloom, David Mechanic etc. Uma das propostas, bastante original, foi feita por Juan Cesar García, que, tentando trabalhar aquilo que era mais próximo ao estudante de medicina – a história natural da doença –, tenta introduzir a questão do comportamento nesta história, tentando retraduzi-la para que ela pudesse servir como uma forma de trabalhar as questões comportamentais dentro do processo pré-patogênico, patogênico e dos três níveis de prevenção – primário, secundário e terciário –, amplamente conhecidos de todos. Quando foram introduzidas, essas idéias sobre o social vinham com o peso das disciplinas e com os conceitos da antropologia, da sociologia, da psicologia social, somados a alguns conteúdos aplicados, na medida em que a incorporação do material teórico deveria ser feito em situações práticas, entre as famílias e a comunidade. Impasses e desafios têm sido a constante no campo do ensino. Hoje, podemos perfeitamente fazer a análise e traçar a história desse ensino; porém, parece-me que as preocupações se deslocam do ensino da graduação para o ensino de especialização e para o ensino de pós-graduação.

Retomando a história, lembramos que nos anos 70 importantes mudanças vão ocorrer, toda uma crítica vai se fazer, não só pela insatisfação com os modelos de ensino, com a bibliografia, com o modelo teórico: a própria questão sócio-sanitária da América Latina impunha

uma revisão do campo. Toda essa impregnação vai levar a um repensar do campo das ciências sociais, e em particular da sociologia, com a introdução muito clara de um marco que seria uma característica distintiva das ciências sociais neste continente, o marco do materialismo histórico. Deve-se destacar o papel desempenhado por Juan César García, que liderou por quase 25 anos as atividades das ciências sociais no continente latino-americano. Graças ao seu empenho junto à Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), dois eventos foram organizados em 1972 e 1983, em Cuenca, no Equador, para se discutir as ciências sociais (Nunes, 1986). Muitas são as lembranças desses momentos, mas as contribuições objetivas desse período já fazem parte da história: o incentivo para a criação dos cursos de pós-graduação em medicina social (México e Rio de Janeiro), a discussão de marcos teóricos e metodológicos e a gradativa incorporação das ciências sociais na elaboração das políticas e das práticas de saúde. Essa busca pela identidade e legitimação da área na América Latina foi sendo paulatinamente implementada, com uma rica produção científica. A discussão desse modelo alternativo, a idéia de que, nesse momento, a área passa a ter a sua identidade e sua legitimação fazem parte de um período de intensa inquietação teórica e de movimentos que concorrem para dar visibilidade às suas atividades. No caso do Brasil, são trabalhos que vão analisar o mercado de trabalho médico, sua articulação com a prática social, a articulação da questão da medicina com a estrutura social nos planos político, ideológico, econômico: dois trabalhos marcantes de Cecília Donnangelo (1975), a tese de Sergio Arouca (1975) e os trabalhos de Roberto Nogueira (1977) e de Ricardo Mendes-Gonçalves (1979) sobre a questão da prática médica a vinculam às características das sociedades e às demais práticas no modo de produção capitalista. São trabalhos da maior importância e constituem marcos dos anos 70. Inclua-se a pesquisa realizada por Roberto Machado e uma equipe de pesquisadores do Rio de Janeiro, sobre as questões das origens da medicina social e da constituição da psiquiatria no Brasil, um trabalho fundamental na perspectiva foucaultiana (Machado et al., 1978). Os problemas dos anos 70 continuavam presentes, era uma crise bastante intensa, a tendência recessiva da economia em vários países, o processo inflacionário, o aumento da dívida externa, uma série de problemas... No campo internacional, a saúde é repensada, e aparece a atenção primária em saúde, como seu *slogan* 'Saúde para Todos no Ano 2000'. No plano nacional, movimentos dos sanitaristas desencadeiam a formação de duas associações: em 1976, o Cebes (Centro Brasileiro de Estudos da Saúde), em 1979, a Abrasco (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva).[3] Também há recursos financeiros: a Finep (Financiadora de Estudos e Pesquisas) desempenha um papel importante, permitindo uma infra-estrutura científica e tecnológica para a pesquisa em saúde, mas não subsumida à pesquisa biomédica. A tudo isso se somam a preocupação teórica, a institucionalização do conhecimento pela pós-graduação e o início de uma intensa produção científica.

Nessa direção, outros estudos vão sendo feitos com perspectivas que contemplam as análises macrossociais, articulando os aspectos econômicos, políticos, ideológicos: o estudo de Braga (1978) sobre a relação entre as políticas de saúde e economia, enfatizando a abordagem

[3] Não se pode deixar de citar, como instituição de destaque, a Associação Latino-Americana de Medicina Social (Alames), criada em 1984, e diversas associações em muitos países da América Latina.

macroeconômica, e o de Madel Luz (1978), centralizando na mediação institucional a análise das políticas de saúde e conferindo um peso importante às análises dos níveis político e ideológico. Nos anos 80, a questão da previdência aparece em um dos primeiros trabalhos sobre a questão política da previdência, o livro fundamental de Amélia Cohn (1980), e em vários trabalhos sobre políticas de saúde que deixarei de citar pela falta de tempo. A previdência reaparece no trabalho de Jayme de Oliveira e Sônia Fleury Teixeira, em 1985, mas vista de uma maneira em que atores e interesses sociais também são importantes na correlação de forças que estruturam o sistema previdenciário. Outras questões serão estudadas: as referentes ao consumo de medicamentos, ao tratamento do medicamento como mercadoria – hoje, em alguns trabalhos, o medicamento não é mais visto apenas dessa maneira, mas em seu papel social, em seus significados. Essas mudanças de análises foram conduzidas por mudanças metodológicas e teóricas. Há, ainda, os trabalhos sobre a profissão e o trabalho médico. Os estudos pioneiros feitos sobre a questão do trabalho médico (realizados por Donnangelo) vão se desdobrar e se estender para além da USP (Departamento de Medicina Preventiva), com outras abordagens teóricas e outros estudiosos. Os estudos socioepidemiológicos feitos nesse momento são estudos fundamentais; uma das doenças mais estudadas, em que fatores sociais estão presentes, é a doença de Chagas. A doença de Chagas é estudada em sua relação com a migração, o processo urbano, a estrutura agrária etc. Chagas continuará a ser tema de estudos sociológicos, como pode ser visto nas pesquisas de Briceño-Léon realizadas nos anos 80 e publicadas em 1990 (*La casa enferma*). A quantidade de trabalhos e a linha antropológica que vai se desenvolvendo também a partir dos anos 80, já em direção aos anos 90, será bastante intensa. Eu lembraria um trabalho que se tornou importante na área antropológica. A tese de Luiz Fernando Duarte (1986), pelo desdobramento que teve em muitos estudos subseqüentes: nela, Duarte utiliza categorias fundantes, como as questões do físico-moral, da pessoa, do nervoso, das classes populares. O estudo das racionalidades dos sistemas não alopáticos, as terapias corporais e a questão da metodologia também estão presentes. José Carlos Pereira (1983) elabora uma tese muito influenciada pelo trabalho de Florestan Fernandes, *Fundamentos Empíricos da Explicação Sociológica*, no qual ele procura entender quais eram as 'explicações' de muitos trabalhos que foram escritos na área, analisando-os pela teoria que os fundamentavam, o funcionalismo, a dialética, o método compreensivo weberiano. Em certo sentido, a conjuntura política, que historicamente é identificada com o processo de abertura, permite a retomada e que se trate de questões que até então não haviam sido incluídas. A reforma sanitária será importante porque ela possibilita que estudos utilizando as categorias da ciência política venham à tona. Em relação a essa produção, que avança pelas décadas seguintes, dos anos 80 até agora, é evidente a diversidade teórica que se repete, como já assinalamos, em outros dois países, o México e a Venezuela, e certamente será também encontrada na Colômbia, Argentina e Chile. Há trabalhos que utilizam os conceitos de campo e *habitus*, na vertente desenvolvida por Pierre Bourdieu; análises que trabalham com a perspectiva da ação comunicativa de Jürgen Habermas; a análise do discurso de Michel Foucault; Clifford Geertz será a referência para as pesquisas sobre aspectos simbólicos culturais das práticas médicas, assim como a perspectiva das relações indivíduo-comunidade na proposta de Agnes Heller. As idéias de Félix Guattari sobre subjeti-

vismo e territorialidade; os conceitos sobre as ações baseadas nas regras da vida coletiva, de Alain Touraine; as construções teóricas sobre Estado de Paul Evans, Lechner, Guilhermo Odonne; o estudo sobre as representações da vertente de Claudine Herlizch ou da questão do simbólico e sua interpretação, na vertente de Paul Ricoeur; as tensões entre regulação social e emancipação social, na perspectiva de Boaventura de Souza Santos: fazer referências a esses teóricos não supõe que não tenha havido uma análise crítica de suas abordagens. Muitos dos nossos contemporâneos estabeleceram críticas bem realizadas sobre certos enfoques, buscando as fundamentações teóricas e metodológicas que têm embasado pesquisas em saúde. É ímpar, por exemplo, a contribuição trazida por Cecília Minayo com o seu trabalho *O Desafio do Conhecimento* (1989), que se tornou um clássico para as pesquisas qualitativas em saúde e foi ampliado com o seu mais recente trabalho junto com Suely Deslandes, *Caminhos do Pensamento: epistemologia e método* (2002).

Deixo para o final duas observações que formam entre si um elo muito importante para as ciências sociais. As histórias particulares que marcam as ciências sociais em distintos países da América Latina têm encontrado, desde 1991, um espaço de encontro e renovação que se repete a cada dois anos – o Fórum Latino-americano de Ciências Sociais e Saúde, o que evidencia a importância crescente deste campo que se estende do extremo Sul andino à capital portenha, segue pelo território brasileiro, sobe a cordilheira dos Andes e aporta no mar do Caribe. Em cada país ele terá feições próprias, mas há muito em comum quando se atenta para a sua presença na academia, nos serviços e nas políticas de saúde, como um traço que lhes confere identidade.

Neste momento, repito algumas idéias que expus no II Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde, em 1999:

> A sociologia é produto da modernidade, e a sociologia da saúde, que tem suas origens no pós-guerra, seria produto da pós-modernidade, mas, em realidade, ela traz as marcas dos dois períodos. De certa forma, ela será pensada nessa crise do pós-Segunda Guerra e enfrenta hoje as vicissitudes das imensas transformações ocorridas no final do século XX. Tendo as suas origens na modernidade, a sociologia assentou suas crenças e seu projeto no quê? No progresso, no melhoramento social, numa visão providencialista do futuro, mas isso, parece, foi se perdendo, está se perdendo cada vez mais. Equipada para entender esses processos em grandes narrativas, enfrenta, na atualidade, a necessidade de repensar os processos que configuram uma outra ordem social e uma outra sociedade. (Nunes, 2003)

As mudanças que se manifestaram nos anos 80 supõem o triunfo não somente de novas hegemonias, mas, também, de novas categorias. Incluem-se o discurso da globalidade, a redefinição da soberania, a diminuição das desigualdades e a eliminação das iniqüidades.

Para concluir, retorno ao início. Esta foi a forma que encontrei para pensar a memória e a história, ou melhor, para dizer, como Nora (1993:24), que "Na mistura, é a memória que dita e a história que escreve". Talvez por causa desse duplo pertencimento, eu tenha esquecido muitas coisas importantes. Desculpem-me, mas, como dizia Borges, "*La memoria esta hecha en buena parte de olvido*".

Referências Bibliográficas

AROUCA, A. S. S. *O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva,* 1975. Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp.

BADGLEY, R. F. & SCHULTE, M. Las ciencias de la conducta y la medicina en la América Latina: bibliografia selecta. In: BADGLEY, R. F. (Ed.) *Ciencias de la Conducta y Enseñanza Médica en América Latina.* New York: Fundación Milbank Memorial, 1966.

BENJAMIN, W. *Magia e Técnica, Arte e Política: ensaio sobre a literatura e história da cultura.* Trad. Sérgio Paulo Rouanet. São Paulo: Brasiliense, 1987. (Obras escolhidas, 1)

BRAGA, J. C. S. *A Questão da Saúde no Brasil,* 1978. Dissertação de Mestrado, Campinas: Departamento de Economia e Planejamento, Unicamp.

BRICEÑO-LEÓN, R. et al. Las ciencias sociales y salud en la modernizacíon de Venezuela. *Ciência e Saúde Coletiva,* 8(1):63-77, 2003.

CASTRO, R. Ciencias sociales y salud en México: movimientos fundacionales y desarrollos actuales. *Ciência e Saúde Coletiva,* 8(1):47-62, 2003.

COHN, A. *Previdência Social e Processo Político no Brasil.* São Paulo: Moderna, 1980.

DONNANGELO, M. C. F. *Medicina e Sociedade.* São Paulo: Pioneira, 1975.

DUARTE, L. F. D. *Da Vida Nervosa nas Classes Trabalhadoras Urbanas.* Rio de Janeiro, Brasília: Zahar, CNPq, 1986.

GARCÍA, J. C. A articulação da medicina e da educação na estrutura social. In: NUNES, E. D. (Org.) *Juan César García: o pensamento social em saúde na América Latina.* São Paulo: Cortez, 1989.

LUZ, M. T. *As Instituições Médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia.* Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MACHADO, R. et al. *Danação da Norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil.* Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MENDES-GONÇALVES, R. B. *Medicina e História: raízes sociais do trabalho médico,* 1979. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Medicina, USP.

MENÉNDEZ, E. Salud pública, sector estatal, ciencia aplicada o ideologia de lo posible. In: OPAS. *La Crisis de la Salud Pública: reflexiones para el debate.* Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud, 1992. (Publicaciones científicas, 540)

MINAYO, M. C. S. *O Desafio do Conhecimento: metodologia de pesquisa social (qualitativa) em saúde,* 1989. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

MINAYO, M. C. S. & DESLANDES, S. F. (Orgs.) *Caminhos do Pensamento: epistemologia e método.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

NOGUEIRA, R. P. *Medicina Interna e Cirurgia: a formação social da prática médica,* 1977. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

NORA, P. Entre mémoire et histoire: la problématique des lieux. In: NORA, P. *Les Lieux de Mémoire.* I - La République. Paris: Gallimard, 1984.

NORA, P. Entre memória e história. *Projeto História,* 10:7-28,1993.

NUNES, E. D. *Las Ciencias Sociales en Salud en América Latina: tendencias y perspectivas.* Montevidéo: Organización Panamericana de la Salud, Ciesu, 1986.

NUNES, E. D. Trayectoria de la medicina social en América Latina: elementos para su cnficuración. In: FRANCO, S. et al. (Orgs.) *Debates en Medicina Social.* Quito: Organización Panamericana de la Salud, 1991.

NUNES, E. D. *Sobre a Sociologia da Saúde.* São Paulo: Hucitec, 1999.

NUNES, E. D. Ciências sociais e saúde: um panorama geral. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G. & GOMES, M. H. A. (Orgs.) *O Clássico e o Novo: objetos, abordagens em ciências sociais e saúde.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

OLIVEIRA, J. A. A. & TEIXEIRA, S. M. F. *(Im)previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil.* Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, Abrasco, 1985.

PEREIRA, J. C. M. *A Explicação Sociológica na Medicina Social*, 1983. Tese de Livre-Docência, Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

SEFCHOVICH, A. Los Caminos de la Sociología en el Laberinto de la Revista Mexicana de Sociología. *Revista Mexicana de Sociología*, 1:5-101, 1989.

2. NOVAS PRÁTICAS EM SAÚDE COLETIVA

Madel Terezinha Luz

Propomos aqui continuar a discussão socioantropológica iniciada com a comunicação ao IV Congresso Latino-americano de Ciências Sociais e Saúde (Cocoyoc, 1997), sobre as mudanças paradigmáticas em saúde ocorridas nas últimas décadas do século XX, com a eclosão das chamadas 'terapêuticas ou medicinas alternativas', posteriormente designadas 'medicinas complementares' (Luz, M. T., 1997), e sua relação com distintas racionalidades médicas.

Tal discussão foi ampliada no congresso seguinte (Isla Margarita, 1999), com a análise de novas práticas terapêuticas e corporais na sociedade civil (Luz, M. T., 2000a), e aprofundada no VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (Salvador, 2000), com a tentativa de interpretar ambos os fenômenos como parte de um processo de ressignificação cultural de ações, relações e representações sociais relativas ao adoecimento e à saúde, e, mais geralmente, à vida coletiva na sociedade contemporânea (Luz, M. T., 2002).

O núcleo central da interpretação proposta reside na afirmação – em parte ainda hipotética – de que nesse processo cultural de ressignificação, um conjunto de valores centrais do capitalismo é exacerbado, enquanto outros são postos em questão por uma parte expressiva da sociedade, por meio de novas práticas e atividades de saúde que funcionam como formas de recuperação de sociabilidade e estratégia de resistência ética.

Por outro lado, novas formas de sociabilidade (ou revitalização de formas tradicionais, postas na sombra da cultura pela hegemonia de valores capitalistas como o individualismo, a competição, a busca insaciável de sucesso), estão emergindo com as 'novas práticas' em desenvolvimento, tanto na sociedade civil como nas instituições de saúde – nestas, é verdade, de maneira ainda incipiente (Luz, M. T., 2002).

Do nosso ponto de vista, as novas práticas de saúde coletiva, por meio das formas de recuperação de sociabilidade e dos valores que expressam, apontam para a existência de sentidos e significados em formação na cultura relativos à saúde, em particular, e à vida em sociedade em geral. Por sua vez, essas novas formas de sociabilidade remetem à criação (ou 're-cria-

ção') de valores que indicam uma ética em construção, diferente – e talvez mesmo oposta, em alguns dos seus aspectos – à ética capitalista dominante, e ao 'espírito do capitalismo', naquilo que ele tem de mais atual e – de acordo com nossa opinião – mais nocivo ao viver em comum e, em última instância, mais contrário à vida. Assim, a questão dos valores associados às novas práticas em saúde coletiva e seu significado cultural é o ponto-chave deste trabalho.

As linhas de reflexão e argumentação que desenvolveremos nas páginas seguintes em apoio às nossas hipóteses decorrem, por outro lado, dos resultados de um conjunto de estudos teóricos e de pesquisas empíricas desenvolvidos há mais de uma década (o projeto teve início em 1991) no Instituto de Medicina Social da Universidade do Rio de Janeiro, reunidos no grupo de pesquisas do CNPq designado atualmente como 'Racionalidades médicas e práticas em saúde coletiva', do qual faremos um resumo retrospectivo.

Racionalidades Médicas, Terapêuticas Alternativas e Práticas em Saúde

O projeto 'Racionalidades médicas', atualmente em sua terceira fase, teve seu início (primeira fase) com um estudo teórico conceitual comparativo de sistemas médicos complexos (medicina ocidental contemporânea, medicina homeopática, medicina tradicional chinesa, medicina ayurvédica). A hipótese central da primeira fase do projeto, encerrada no início de 1994, é que existe efetivamente mais de uma racionalidade médica, contrariamente ao senso comum ocidental, que admite somente a biomedicina (ou medicina ocidental moderna) como portadora de racionalidade no sentido científico do termo, isto é, capaz não apenas de eficácia prática, como de verificação e comprovação de significados (teóricos) em experimentação. Mais ainda, o projeto buscou então demonstrar que distintas racionalidades médicas efetivamente coexistem na cultura atual, apesar da naturalização da medicina científica, isto é, de sua transformação de senso douto em senso comum.

Demonstrou-se que os sistemas médicos complexos têm cinco dimensões básicas estruturadas em termos teóricos e/ou simbólicos: 1) uma morfologia humana (entre nós denominada anatomia humana), que define a estrutura e a forma de organização do corpo (ou dos corpos); 2) uma dinâmica vital humana (entre nós definida como fisiologia), que define o movimento da vitalidade, seu equilíbrio ou desequilíbrio no corpo (ou nos corpos), suas origens ou causas; 3) uma doutrina médica, que é na verdade um *corpus* doutrinário que define, em cada sistema, o que é o processo saúde-doença, o que é doença ou adoecimento, em suas origens ou causas, o que é possível tratar ou curar, e o que não pertence ao corpo médico como processo mórbido ou passível de cura (o que não é 'tratável' ou o que não tem 'cura', entre nós simplesmente definido como o que pertence ou não à clínica); 4) um sistema de diagnose, pelo qual se determina se há ou não um processo mórbido, sua natureza, fase e evolução provável, origem ou causa; 5) um sistema terapêutico, pelo qual se determinam as formas de intervenção adequadas a cada processo mórbido (ou doença) identificado pela dimensão diagnose.

Para o projeto, desse ponto de vista, pode ser denominada racionalidade médica apenas um sistema médico complexo específico estruturado segundo essas cinco dimensões, elaboradas em maior ou menor grau em termos teórico-práticos. Por esse motivo foram objeto de estudo na primeira fase apenas os quatro sistemas mencionados (Luz, M. T., 1995).

Constatou-se também, ao fim da primeira fase, que os sistemas médicos complexos têm como raiz estruturante uma cosmologia, que embasa teórica e simbolicamente as outras cinco dimensões. Têm em comum, além disso, o fato de se constituírem em saberes/práticas doutos, isto é, organizados em termos de produção/reprodução, em um *corpus* de significados, concepções e proposições que se pretendem demonstráveis empiricamente, seja através de tecnologias cientificamente avançadas (experimentação), seja por demonstração empírica tradicional (casuística, estudos de caso com ou sem *follow up* etc.). Trata-se, também, de sistemas mais ou menos institucionalizados, seja na cultura ocidental, seja em sua cultura original (China e Índia, nos casos estudados), às vezes nas duas, e ensinados em instituições legitimadas para a transmissão tanto de seus conteúdos formais como das atitudes que conformam seu *habitus* (Bourdieu, 1989).

Por esse motivo, não constituiu objeto de estudo do projeto nessa fase o que se denomina comumente de 'terapias alternativas', ou 'medicinas complementares', ou 'práticas terapêuticas'. Também não foram estudados sistemas complexos baseados mais em universo simbólico que em proposições racionais, como as medicinas tradicionais indígenas, que se embasam na mitologia, ou outros sistemas que são, como a medicina antroposófica, centrados em metafísica ou em alguma forma de religião.

No entanto, o estudo concluiu, em sua primeira fase, pela constatação dos limites da racionalidade nos sistemas, uma vez que: 1) toda racionalidade médica tem em suas bases uma cosmologia, própria da cultura em que se insere, enraizada em um universo simbólico de sentidos que incluem imagens, metáforas, representações, e mesmo concepções, parte de um imaginário social irredutível ao plano de proposições teóricas e empíricas demonstráveis pelo método científico (Luz, M. T., 1997); 2) no interior de cada racionalidade médica coexistem, não sem conflito, duas formas de apreensão/interpretação, dois 'paradigmas', ligados às dimensões teórica (conhecimento acumulado do processo saúde e doença) e prática (intervenção nos corpos dos doentes através das dimensões diagnose e terapêutica). O primeiro paradigma, de caráter teórico, pode ser perfeitamente regido pela razão (*lógos*). O segundo, de natureza prática, é regido pela experiência singular, pela sensibilidade e pela intuição proporcionadas pelos sentidos (Ginzburg, 1987), o que inclui *tekhné* e *phronesis* como formas básicas de conhecimento, e não o *lógos*. O conhecimento prático 'faz uso' de *lógos*, mas em função da eficácia a ser obtida em sua intervenção, sendo, portanto, um conhecimento 'ativo'. Em outras palavras, a dualidade ocidental moderna ciência *versus* arte está presente em maior ou menor grau na atuação dos agentes dessas medicinas, sendo claramente exacerbada na biomedicina.

Na segunda fase do projeto, desenvolvida entre 1994 e 1997, pudemos acompanhar em que medida essas dualidades se manifestavam na prática dos profissionais de serviços da rede

pública de três das racionalidades médicas: biomedicina, homeopatia e medicina tradicional chinesa (a *ayurveda* não pode ser acompanhada por não haver serviços públicos desta modalidade médica no Rio de Janeiro). Também procuramos analisar representações e sentidos atribuídos à doença, saúde, tratamento, cura, corpo, relação corpo-mente, entre outras, consideradas básicas para se apreender paradigmas em saúde e medicina em médicos (ou terapeutas) e pacientes das distintas racionalidades em estudo, bem como verificar se essas representações eram partilhadas por profissionais e clientelas, ou não. Nossa hipótese nuclear, nesse caso, era que os pacientes e profissionais de um determinado sistema médico tendem a partilhar paradigmas e representações de sua racionalidade, e que este 'partilhar' cultural tende a facilitar as relações médico-paciente, ou terapeuta-paciente, facilitando assim o processo terapêutico. Essa hipótese foi em grande parte confirmada, através de entrevistas e trabalho de observação etnográfica e participante desenvolvidos durante dois anos (1995-1997) em serviços municipais de saúde no Rio de Janeiro. O compartilhamento de representações e paradigmas é claro quando se trata da homeopatia – identidade de representações corpo-mente como totalidade indissociável, de 'equilíbrio' como sinônimo de saúde, de 'energia' como fonte de vitalidade, de adoecimento como um processo de desequilíbrio, e de cura como um processo subjetivo de 'harmonização' (Luz & Campello, 1997, 1998) – e parcial quando se trata da biomedicina – identificação em relação à representação do corpo como máquina composta de 'peças' ou partes articuladas, do adoecimento como incapacidade de trabalhar ou mover-se, e de cura como retorno à normalidade sintomática e à vida ativa, isto é, ao trabalho (Camargo Jr. 1997).

Quando se trata da medicina tradicional chinesa, no entanto, provavelmente devido ao lugar de auxiliar terapêutico que esse sistema ocupa em relação à medicina ocidental, o compartilhamento de representações, bem como a relação terapêutica, é bem mais difícil de se estabelecer, ao menos nos serviços. Os pacientes, geralmente cronificados e iatrogenizados por variados procedimentos malsucedidos da biomedicina, vêem as 'agulhas' da acupuntura como um último recurso, uma última tentativa que antecede o abandono terapêutico (Luz, D., 1996). As agulhas, deslocadas do contexto cultural da milenar terapêutica chinesa, aplicam-se geralmente como indicação médica para perturbações sindrômicas ou 'doenças músculo-esqueléticas', categoria inexistente na dimensão diagnóstica da racionalidade médica chinesa. O processo terapêutico se desenvolve num período de quatro a oito semanas, com aplicações semanais, e geralmente o espaço para a realização da consulta e da prática da acupuntura, que deve durar em torno de uma hora, não é garantido nos serviços públicos. A privacidade da consulta não é assegurada, pela falta de instalações adequadas e, freqüentemente, de recursos materiais e instrumentais próprios à prática terapêutica da acupuntura (Luz, D., 1998) As representações dos terapeutas, os que são formados na visão holista da medicina tradicional chinesa, diferem das dos pacientes, que tendem a se ver como 'máquina estragada' ou com peças 'sem conserto'. Deve ser ressaltado que a acupuntura é vista, nos serviços de saúde, como uma 'terapêutica alternativa', quase como um procedimento mecânico, que produzirá um resultado sobre a dor ou inflamação do paciente, por atuar 'nos nervos'. Esse tipo de representação, presente nos pacientes, é induzido pela própria racionalidade da biomedicina. Os pacientes da rede pública esperam dessa terapêutica, no máximo, alívio temporário para seus males.

Tal não acontece, certamente, em consultórios dos especialistas em medicina tradicional chinesa, e mesmo nos ambulatórios de treinamento dos futuros acupunturistas, onde as consultas e o tratamento podem chegar a durar uma hora, e onde o vínculo terapêutico tende a se estruturar, podendo levar ao estabelecimento progressivo, como no caso da homeopatia, de representações/concepções partilhadas entre terapeutas e pacientes (adoecimento como fruto da desarmonia na circulação da energia *chi*, inseparabilidade corpo-mente na determinação da doença e no surgimento de sintomas, cura como restabelecimento da harmonia ou equilíbrio da vitalidade). Entretanto, diferentemente do caso da medicina homeopática, na qual o vínculo se estabelece através do discurso, na acupuntura o processo terapêutico é essencialmente silencioso e 'físico' (introdução e manipulação das agulhas).

Em todos os casos, entretanto, é necessário salientar que os pacientes, quando procuram uma determinada racionalidade médica para fins de diagnose ou terapêutica ("saber o que tem" ou "tratar-se"), ou ambas as coisas, carregam consigo já um conjunto de imagens e representações sobre seu adoecimento, suas origens ou causas, e sobre as possibilidades de recuperação da saúde naquela racionalidade médica, que coincide em parte com o conjunto de concepções e representações do sistema médico escolhido. Muitas vezes as imagens, concepções e representações são 'traduzidas' para o universo cultural dos pacientes por meio de metáforas e imagens, ou mesmo de outros sentidos e significados atribuídos às expressões empregadas pelos médicos, o que acontece tanto na biomedicina quanto na homeopatia (Campello, 2001). Isso é muito claro quando se trata de pacientes da rede pública, em que as classes sociais e as culturas são diferentes no que concerne a médicos e pacientes, o que já não sucede quando se trata dos consultórios particulares, quando o universo social e cultural é basicamente o mesmo, ou pelo menos mais homogêneo (Boltanski, 1984).

Um dado relevante para a análise, entretanto, é que em todos os sistemas médicos, independentemente do ambiente institucional onde se dê a consulta, as representações não são 'puras' do ponto de vista de sentidos e significados atribuídos, isto é, não são restritas ao universo da racionalidade do sistema médico. Há muito 'hibridismo' e 'ecletismo', quando não 'sincretismo' (Canevacci, 1996) na simbologia contemporânea concernindo corpo, saúde, doença, tratamento, cura etc. Representações 'maquínicas' (o corpo 'máquina') podem perfeitamente coexistir com representações 'bioenergéticas' (o corpo como uma organização mais ou menos equilibrada de níveis de energia circulante) num mesmo sujeito. E não apenas em pacientes, como em terapeutas (Luz, D., 1998). A interpretação que apresentamos, neste caso (Luz, M. T., 1997, 2000a, 2002), é que a diversidade de padrões culturais coexistentes nessa complexidade denominada pós-modernidade (ou condição pós-moderna), juntamente com seu caráter fragmentário, leva os sujeitos a praticar um constante *bricolage* simbólico, embora em um universo dinâmico e semi-aberto de significados (Canevacci, 1996), organizando verdadeiros 'caleidoscópios de sentidos', mutáveis segundo as ocasiões, os interesses, ou as limitações sociais. A diversidade dos sentidos presentes na cultura, em relação à saúde, sua contínua recomposição e reordenação num todo dinâmico para que possam estar em sintonia ("fazer sentido") ao mesmo tempo com os desejos dos sujeitos e as imposições sociais, é que nos leva-

ram a propor a metáfora do caleidoscópio (Luz, M. T., 1997). Pode-se constatar que não há, conseqüentemente, 'fidelidade' a uma única racionalidade médica nem de um lado nem do outro da relação, podendo os pacientes transitar de uma a outra de acordo com a variação de seu adoecimento, e dos sentidos que a ele estão atribuindo, e podendo também os médicos 'conciliar' ou 'conjugar' procedimentos terapêuticos ou diagnósticos (ou ambos) de mais de uma racionalidade em seu agir cotidiano. Há, portanto, mais esse limite à racionalidade médica, como logos da saúde, claramente observável na prática tanto de pacientes quanto de médicos.

A terceira fase do projeto, iniciada ao fim de 1997, parte da percepção da dualidade existente entre racionalidades médicas e práticas terapêuticas. As práticas terapêuticas, embora possam ser elementos de uma dimensão específica de uma racionalidade médica específica, são freqüentemente utilizadas de forma isolada, deslocadas de um contexto de significados para outro, em 'colagens' ou *bricolages* teórico-práticos, conforme já mencionado, obedecendo mais a uma lógica empírica de eficácia que a uma coerência teórica (ou racionalidade) dos sistemas. Propiciam, assim, o ecletismo, quando não o sincretismo de dois paradigmas distintos: um paradigma indiciário (Ginzburg, 1989), baseado na acumulação de observações singulares obtidas a partir de experiência empírica dos agentes, que é relativo à intervenção (diagnose e, sobretudo, terapêutica), e um paradigma analítico, baseado no acúmulo de concepções e proposições dos sistemas médicos, que fornece a base do conhecimento teórico das medicinas (doutrina médica e diagnose, sobretudo na biomedicina).

As questões estratégicas emergentes nessa fase do projeto referem-se basicamente ao cuidado, à atenção em saúde e às relações entre terapeutas e pacientes (ou profissionais e usuários de serviços de saúde). Referem-se também àquelas relativas às representações e ao imaginário social envolvendo categorias como corpo e mente, saúde e doença, morte e vida, além de tratamento e recuperação (ou invalidez e cura) entre os atores implicados no processo.

Pudemos perceber, durante o processo de investigação na segunda e terceira fases da pesquisa, que grande parte do sucesso das denominadas 'terapêuticas alternativas' ou 'medicinas complementares', que de fato se referem a outras racionalidades em saúde, é indissociável do modo como é conduzida a relação terapeuta-paciente, o atendimento ao paciente-usuário (a 'atenção'), o seu cuidado, e a efetiva interação entre o terapeuta e seu paciente, que se desenvolve num tempo mais ou menos longo, originando assim um processo que se poderia denominar, de acordo com a tradição clínica, tratamento. No desenvolvimento do processo terapêutico assim instaurado, elementos habitualmente desconsiderados pela racionalidade biomédica por serem ligados à subjetividade dos pacientes, tais como sentimentos diante do adoecimento, isolamento, dor, sintomas 'irrelevantes' por não encontrarem tradução em registros 'objetivos', ou sensações de piora ou inocuidade dos procedimentos, são levados em grande consideração para a ratificação ou retificação do tratamento em condução.

Tal processo é hoje praticamente inexistente na biomedicina, ao menos em serviços públicos de saúde (e também em 'padrão-base' de planos de saúde privados, totalmente

mercantilizados na atualidade), devido ao papel que ocupam nessa racionalidade a diagnose e a especialização, ao difícil e infindável percurso pelas especialidades médicas, e seus complexos processos diagnósticos, que os pacientes são forçados a seguir, em busca do conhecimento e alívio de seus males, alívio sempre postergado em função da exigência de novos exames complementares. A tal ponto, que os pacientes de serviços públicos de saúde afirmam que estão sendo tratados quando na verdade estão em processo de exames para estabelecimento de uma diagnose 'final'. Para eles, o fato de realizarem infindáveis exames é parte do tratamento, embora seu estado de saúde/adoecimento possa estar, de fato, organicamente se agravando (Camargo Jr. et. al., 1998).

É necessário reafirmar que o centramento epistemológico da racionalidade biomédica na diagnose de patologias desde o século XVIII (Luz, M. T., 1996) teve como fruto, no fim do século XX e no início deste XXI, a quase inviabilidade da terapêutica (Luz, M. T., 2000b). Os procedimentos nessa dimensão da biomedicina são basicamente de dois tipos: os medicamentosos, em grande parte sintomáticos, geralmente portadores de efeitos colaterais adversos, e o cirúrgico, que se alçou de uma arte auxiliar da ciência médica nos séculos XVIII e XIX (Luz, M. T., 1996) à rainha da terapêutica na contemporaneidade. Não é de se estranhar, portanto, que tanto pacientes individuais como grupos de usuários de serviços busquem crescentemente outras formas de abordar e conduzir seus processos de adoecimento. E no Brasil essas formas de práticas terapêuticas, ditas alternativas ou complementares, estão cada vez mais ao alcance de usuários de serviços, em função do Sistema Único de Saúde. O projeto 'Racionalidades' constatou, em seus desdobramentos da terceira fase, que mais e mais práticas terapêuticas 'complementares' foram se incorporando à rede pública de serviços durante a década de 90, além das já tradicionais previstas em lei desde o advento do Sistema Único de Saúde ao final dos anos 80: homeopatia, acupuntura e fitoterapia.

As Práticas Terapêuticas e as Práticas de Saúde na Sociedade Civil

Até o momento, analisamos apenas a questão dos sistemas médicos complexos ('racionalidades médicas') e das terapêuticas 'alternativas', ou medicinas complementares, no campo da saúde. Sua coexistência, inegável na cultura contemporânea, está ligada tanto ao reconhecimento 'prático' dos profissionais (médicos e não médicos) da insuficiência terapêutica da biomedicina, quanto à busca por cuidado e atenção à sua saúde debilitada por parte crescente da população. Ambos os fenômenos se inserem, a nosso ver, num quadro sociocultural específico, embora amplo, que se poderia reconhecer como pertinente à ordem médica, ou às instituições, saberes e práticas socialmente legitimados para lidar com as questões referentes às doenças e ao adoecimento (Luz, M. T., 2002). Em outras palavras, trata-se de uma situação histórica estritamente relacionada com as funções e papéis da medicina na sociedade contemporânea, e suas transformações, decorrentes tanto de fatores macroestruturais (socioeconômicos e culturais) quanto do desenvolvimento acelerado de características estruturais (especialização, tecnificação) da medicina científica moderna (Luz, M. T., 1997, 2002).

É preciso, entretanto, em que pese a inegável importância desses fatores (Luz, M. T., 1997, 2000a, 2001), ir além do exame das questões macroestruturais e da ordem médica, e analisar as novas práticas terapêuticas, assim como as atividades 'de saúde', em desenvolvimento na sociedade civil, que não têm um referencial diretamente ligado ao clássico paradigma saúde-doença, mas ligado a um paradigma de 'vitalidade', ora associado a 'bem-estar', ora a juventude e beleza, tomados como valores, paradigma que se torna mais nítido quando nos aproximamos dessas práticas e seus praticantes (Luz, M. T., 2002). O que nos interessa examinar, a partir deste momento, é como essas práticas se orientam por determinados valores, que valores são esses, e se eles são ou não importantes para a transformação dos sentidos e significados atribuídos atualmente à saúde e à vida, ao relacionar-se do sujeito com seu próprio ser, corpóreo e espiritual, e com os outros seres, bem como para a transformação dos valores hegemônicos na sociedade como um todo. E se, através dessa transformação, podem ser geradas novas formas de viver a vida em comum e de representar a saúde em plano pessoal e coletivo, com conseqüências significativas para a saúde coletiva como campo.

Deve ser ressaltada, entretanto, mais uma vez, a proliferação recente (duas últimas décadas) das práticas coletivas de saúde e a diversidade de sentidos para que elas apontam, subjacentes ao 'monólito simbólico' da saúde (Luz, M. T., 2000a, 2002). A complexidade cultural que essa configuração supõe nos impede de reduzir os significados das atividades ditas de saúde a um único modelo (o da *fitness*, ou da *wellness*, por exemplo) ou a um único paradigma (o da saúde-doença, ou o da juventude-beleza). Entender a diversidade dos sentidos e a pluralidade de modelos presentes nas práticas atuais é o primeiro passo para podermos captar e interpretar a presença de valores diferenciados informando essas práticas. Não nos cabe, como cientistas sociais, o papel do moralista, julgando tais práticas como excessos de indivíduos ou coletividades, ou condenndo-as como radicalizações de determinados valores da sociedade capitalista. Temos constatado a freqüente presença de juízos de valor em estudos e em pronunciamentos na mídia, de teóricos da área de saúde, e mesmo de antropólogos, tendendo a reduzir a polifonia de sentidos e valores e a diversidade das práticas de saúde da cultura atual a uma só dimensão, aquela exaltada e reproduzida sem cessar pela mídia (a *fitness* como ideal de corpo e beleza), e que se referem a uma camada social restrita da sociedade urbana, pintando a cultura contemporânea com as cores sombrias do apocalipse. Cremos que nos cabe, neste contexto, tentar compreender e interpretar o lugar e a 'função' de tais práticas, considerando os distintos valores que encarnam, e o papel simbólico que cumprem na cultura contemporânea, em sua diversidade e polifonia (Canevacci, 1993), sem 'achatá-las' em uma só dimensão, isto é, restringindo-as a um único conjunto de sentidos e valores, ou a um único paradigma.

Por isso, queremos estabelecer em primeiro lugar o porquê da distinção enunciada, neste subtítulo, entre práticas terapêuticas e práticas de saúde na sociedade civil.

Além de estarem ligadas ao paradigma saúde-doença, o que as aproxima das instituições e saberes médicos, independentemente de sua racionalidade, as práticas terapêuticas têm uma história, e freqüentemente uma tradição que pode ultrapassar os séculos, chegando a milênios.

Mesmo as terapias *new age*, portadoras, nas três últimas décadas do século XX, do ideário da contracultura, (Luz, M. T., 1997), 'tradutoras' para o imaginário moderno de antigas práticas, ligadas à dimensão terapêutica de medicinas tradicionais, estão basicamente associadas à intervenção nos processos de adoecimento ou mal-estar de indivíduos e coletividades. Geralmente se opõem a aspectos da diagnose ou da terapêutica biomédica, desempenhando um importante papel na reconfiguração do que se pode designar na atualidade como 'mercado da cura' (Luz, M. T., 1997), preenchendo em parte o lugar social deixado vago pela terapêutica da biomedicina, criando novos atores, novas práticas discursivas, novas formações profissionais, novas disputas de hegemonia discursiva e *status*, sempre no campo ou área da saúde. Em outras palavras, no campo de saberes e práticas definido pela questão da saúde-doença.

A proliferação dessas práticas e sua variedade, cuja avaliação qualitativa e quantitativa permanece ainda indefinida, é um fato inequívoco dos últimos 20 anos. Sua busca de legitimação junto às instituições médicas também. Nossa interpretação é que essa proliferação é fruto da busca por cuidado e atenção de parcelas crescentes da população, diante não só de adoecimentos 'objetivos' (presença de patologias identificáveis pela biomedicina), como de situações de estresse, isolamento e sofrimento psíquico que a colocam em situação de grande vulnerabilidade, talvez mesmo de desamparo, no sentido psicanalítico do termo (Birman, 1999), ocasionadas não somente pelas condições objetivas de existência como pelos valores dominantes na sociedade capitalista atual (Luz, M. T., 2002). Do nosso ponto de vista, essas práticas em grande parte respondem a essa demanda subjetiva por cuidado e atenção, sobretudo em camadas médias da população, pois tanto terapeutas como pacientes são geralmente oriundos das classes médias urbanas. Trata-se de terapias destinadas a atender indivíduos ou grupos, tendendo ao modelo de medicinas voltadas para o sujeito (como a homeopatia, ou a medicina chinesa, ou *ayurveda*), que buscam a recuperação de identidades de pessoas, sua autonomia em relação à doença e a procedimentos médicos considerados limitantes ou adversos (medicamentos, ortopedias, restrições alimentares e outras etc.) e sua reinserção social ou familiar. Algumas delas utilizam as artes como parte constitutiva de seus procedimentos (música, teatro, artes plásticas, danças), e muito recentemente (anos 90) começaram a fazer parte de programas institucionais, em serviços de saúde, em instituições médicas (hospitais) ou não médicas no Brasil urbano. Os sentidos e os valores que essas práticas geralmente expressam, no seu agir e em seus resultados, diferem não apenas daqueles próprios do modelo das doenças e seu controle, da biomedicina, como da cultura em geral. Geralmente têm como objetivo favorecer, como afirmamos anteriormente, não apenas a autonomia das pessoas, buscando reconstruir na medida do possível sua identidade atingida por processos de perturbação vital, como também reiterar valores de uma vida 'harmoniosa no todo', isto é: equilibrada mental e fisicamente, solidária no plano familiar e social, não competitiva ou agressiva, descontraída, se não despreocupada, e, se não alegre, ao menos bem-humorada. Os valores do controle, da contenção, do comedimento, elemento simbólico importante do paradigma médico das patologias, como afirmamos em trabalho anterior (Luz, M. T., 2002), não fazem parte desse universo de sentidos e significados. O denominado modelo terapêutico holístico tem um paradigma *soft*, no sentido em que não exige dos sujeitos sacrifícios para alguma 'libertação' das suas doenças. O que não significa que não exija mudan-

ças de conduta, de valores, de vida. Situando o adoecimento como um processo dinâmico de desequilíbrio no desenrolar de uma vida, as práticas terapêuticas holísticas debitam o adoecer ao conjunto de comportamentos, hábitos e valores dos sujeitos, em todos os planos do viver. Como na biomedicina, o sujeito é 'responsável' por seu estado de saúde, embora não chegue a ser culpabilizado por suas doenças. Mas com freqüência os terapeutas dessas práticas se queixam da exigência dos pacientes de obterem 'rápidos resultados' sem se esforçarem, entretanto, em mudar hábitos, atitudes ou comportamentos que os tornam doentes, reafirmando o imaginário moral que caracteriza o campo da saúde-doença.

Em resumo, as novas práticas terapêuticas ocupam um lugar social importante na sociedade civil atual, preenchendo lacunas do sistema biomédico relacionadas ao processo saúde-doença, e introduzindo sentidos, significados e valores diante do sofrimento, do adoecimento, bem como do tratamento e da cura de doenças, distintos dos dominantes.

Um outro universo plural de sentidos e significados, contido na segunda parte do subtítulo desta parte do texto, refere-se às novas práticas ditas 'de saúde' na sociedade civil, que se orientam por um paradigma que denominamos (Luz, M. T., 2000a, 2002) paradigma da vitalidade, associado à tríade beleza-vigor-juventude, que toma como referencial de saúde a boa forma (*fitness*), identificada com a 'beleza das formas', ou o bem-estar (*wellness*), geralmente visto como o estar equilibrado, ou harmonizado, ou 'estar bem consigo mesmo'.

Há atualmente uma tendência a identificar as práticas e os praticantes de atividades de saúde com total adesão ao fisiculturismo e aos valores dominantes da cultura capitalista, tanto na mídia quanto entre teóricos do campo da saúde. No entanto, pudemos verificar no desenvolvimento do projeto 'Racionalidades médicas e práticas em saúde', em sua terceira fase, que o fisiculturismo é apenas um universo de sentidos entre vários, adotados pelos praticantes, certamente orientado pelos valores centrais do individualismo atual: o uso do corpo como forma de obtenção de *status* social, o consumismo como valor de prestígio e diferenciação social e o sucesso como valor fim para a vida (Luz, M. T., 2002). As atividades que os adeptos desse universo de sentidos e valores praticam são específicas, e se dão em espaços sociais também específicos, comportando 'rituais' de prática específicos, em que ritmo, som, movimentos corpóreos, resultados esperados com a prática, faixa etária e grupo social participantes são relativamente restritos (Luz, M. T., 2002). Trata-se geralmente de estudantes e/ou de recém-ingressados em carreiras profissionais competitivas, quase sempre típicas de atividades econômicas capitalistas recentes, indivíduos de ambos os sexos com entre 15 e 35 anos de idade, isto é, basicamente jovens da classe média das grandes metrópoles.

As academias de ginástica são o espaço privilegiado dessas práticas grupais, e as atividades envolvem várias modalidades de exercício físico, como a musculação, as diversas formas de ginástica aeróbica (atualmente diversificadas de acordo com objetivos e ritmos), o *spinning*, e as 'artes marciais' ou lutas, como judô, caratê etc. Mas outras práticas igualmente voltadas para o cultivo do físico envolvem os esportes, sobretudo os de risco e aventura, e reverenciam os

mesmos valores, isto é, vigor, beleza e juventude como sinônimos de vitalidade, portanto saúde, a serem obtidos por indivíduos competitivos e 'vitoriosos' (Luz, M. T., 2002).

É preciso compreender, entretanto, que o cultivo desses valores e a atribuição dos sentidos e significados às atividades exercidas pelos praticantes relacionam-se com o que fazem na sociedade e, sobretudo, com o lugar simbólico que ocupam na cultura contemporânea. Em outras palavras: a ordem social contemporânea designa esse lugar imaginário ao jovem de classe média por meio de seus valores dominantes (Luz, M. T., 1993). Assumirmos uma atitude condenatória para com indivíduos ou grupos que praticam essas atividades, buscando identificá-los com a cultura dominante, é inócuo tanto no plano teórico como no plano ético, pois deixa sem análise as raízes sociais desses valores e as funções que elas desempenham para os jovens e a sociedade como um todo. Para o jovem de classe média, seguir esses valores, exaltá-los, é ser socialmente vitorioso na cultura atual. Aos jovens revolucionários derrotados da sociedade dos anos 60, aos últimos combatentes perdedores dos anos 70, aos *yuppies* dos anos 80, sucederam-se os fisiculturistas dos anos 90. Universos de sentidos e valores culturais se sucederam com a passagem da história, e alguns se perderam, na nova cultura capitalista, com as gerações de jovens que se sucederam.

O fisiculturismo moderno tem raízes recentes, nos anos 70, com a campanha internacional originada nos Estados Unidos para a prevenção das doenças coronarianas, através de estímulo ao 'exercitar-se', ou 'mover-se', como forma de prevenir o envelhecimento das veias e das artérias. Entre nós, a campanha do "mexa-se" deu partida a esses valores, fincados no solo da ordem médica por intermédio do Dr. Cooper. Posteriormente, na década de 80, a *fitness* entra no Brasil também por via americana, como forma de combate à obesidade, já considerada epidêmica na América. São famosos os vídeos de Jane Fonda, atriz de grande popularidade, incentivando a "boa forma" como conservação da beleza e da juventude, sinônimo de manutenção da saúde.

Não cremos ser possível, portanto, separar o apelo do fisiculturismo entre os jovens do individualismo emergente com os *yuppies* da Bolsa da década de 80, descomprometidos com valores mais abrangentes que não o próprio sucesso e a aparência, daquele presente entre os neoliberais da década de 90, dispostos a abrir caminho a qualquer preço no mercado de ações da chamada 'nova economia'. Deste ponto de vista, não é possível separar o culto do "Apolo biomecânico" (Luz, M. T., 2002) do triunfo dos valores do capitalismo na juventude. O jovem é o espelho de Narciso em que uma sociedade rígida e envelhecida precisa mirar-se (Luz, M. T., 1993). Continuamos a acreditar, como uma década atrás, que há "nas sociedades industriais, inclusive na brasileira atual, uma contínua construção simbólica do 'jovem' como modelo de aspirações e conduta (...) que visa basicamente assimilá-lo à ordem, sem nela integrá-lo, a não ser em plano imaginário" (Luz, M. T., 1993:13).

Apesar do convite sempre renovado (sobretudo pelo aparato da mídia) à sociedade para mergulhar na miragem do espelho narcísico, nem todas as atividades de saúde, mesmo as

'físicas' mais *hard*, se orientam pelos valores da busca da beleza corpórea e da conservação da juventude. A diversidade de setores da sociedade que as buscam com objetivos específicos, próprios a sua inserção na sociedade, a sua fase de vida e a necessidade vital e de sociabilidade daí decorrente (convívio com pessoas da mesma faixa etária ou condição de saúde) nos impede de fazer generalizações distanciadas da pesquisa. Atualmente, a maior parte dos praticantes de atividades ditas físicas acima de 40 anos as inicia, nas mais diversas modalidades, da musculação à dança de salão, da aeróbica ao *tai chi chuan*, por indicação médica. Seja por doenças orgânicas (diabetes, artrites, osteoporose, hipertensão, obesidade etc.), seja por problemas 'mentais' (sobretudo depressões, mas também perda de auto-estima e isolamento motivados por perdas ou separações), o que temos ouvido em observação participante e em entrevistas é que quase sempre atrás de uma prática há um conselho médico. O que indica a existência de um outro universo de sentidos, ligados à prevenção, ou à promoção da saúde. A partir da faixa etária dos 40, aliás, a quase totalidade dos praticantes está buscando conservar ou recuperar a saúde. O que não está necessariamente separado dos valores de conservação de juventude e beleza. Ou dos sentidos de busca do bem-estar e da felicidade. Nem entre os praticantes, nem entre os médicos ou terapeutas esses sentidos estão separados. O que varia é o padrão de relações sociais que se estabelece entre os praticantes entre si e com seus instrutores – ou professores –, que pode ser compulsivamente individualista e competitiva, ou de empatia, colaboração e, se não de amizade, ao menos de cordialidade, estabelecendo-se, como afirmamos em trabalho anterior, "solidariedades focais" entre os grupos a partir das atividades (Luz, M. T., 2002). Essa variação pode ser observada, também, de acordo com os tipos de atividades e seus praticantes. Certas atividades favorecem mais o individualismo, ou a busca de beleza e juventude do que outras, que favorecem a solidariedade e a amizade como valores conseqüentes.

Essa diversidade indica, a nosso ver, que tendem a se formar entre os praticantes como que 'corredores de sentidos' ligados às práticas de saúde coletivas 'físicas' da sociedade civil. Esses 'corredores' não são estanques, entretanto, podendo haver, como no caso das representações e práticas de saúde, um certo ecletismo ou convivência de sentidos e valores. Assim, a saúde (como ausência de doenças) pode ser vista como resultado das práticas, mas também a beleza, a juventude, a alegria, a sociabilidade, em resumo, a vitalidade. Indivíduos entrevistados, praticantes de diferentes atividades, costumam afirmar que se sentem "bem melhor", que recuperaram "a alegria de viver", ou que se sentem "bem dispostos" (para o trabalho, para as dificuldades, para a vida em família) depois de um certo tempo de prática desta ou daquela atividade (Luz, M. T., 2002). Dessa forma, não apenas valores fisiculturistas, ou mesmo relativos ao paradigma doença-saúde (melhoria ou normalização sintomática, regressão de estados patológicos ou de patologias) estão presentes nas atividades ditas físicas. Valores ligados ao bem-estar pessoal (*wellness*), ao viver em comum em família e no trabalho, à modificação de situações de vida consideradas estressantes, estão ligados a essas atividades. Não raras vezes essas modificações estão associadas, em pessoas acima de 40 anos, a mudanças de valores: individualismo, competição, consumismo, obsessão pelo sucesso. É possível argumentar, e com razão, que tais modificações são possíveis devido à faixa etária dos praticantes, e ao lugar que passam a ocupar

na vida social e na cultura. Isso só confirma, entretanto, o que vimos tentando estabelecer desde o início deste trabalho: que há uma diversidade de sentidos, significados e valores associados à multiplicidade das práticas e praticantes atuais em saúde coletiva. Alguns desses valores estão nitidamente associados à cultura capitalista hegemônica e seus valores, como o culto individualista à beleza corpórea, ao consumo de bens materiais como forma de diferenciação, à competição como norma de vida e forma de alcançar o sucesso, considerado um valor fim. Outros se associam a formas de sociabilidade e a maneiras de estar consigo mesmos e com outros, se não solidárias, ao menos cordiais e amigáveis (Luz, M. T., 2002).

Deste ponto de vista, identificar as atividades ditas físicas de saúde como um todo com a cultura individualista é no mínimo empobrecer a diversidade dos sentidos e significados que estão sendo continuamente criados na cultura, e a enorme polifonia da cultura atual (Canevacci, 1993). São sentidos e significados que geram novos valores, os quais podem ter importância para a transformação dos valores dominantes e, por sua vez – o que mais nos interessa no campo –, para o futuro da saúde coletiva.

Referências Bibliográficas

BIRMAN, J. *Mal-estar na Atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

BOLTANSKI, L. *As Classes Sociais e o Corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

BOURDIEU, P. *O Poder Simbólico*. Lisboa, Rio de Janeiro: Difel, Bertrand Brasil, 1989.

CAMARGO JR., K. R. Representações de doença, saúde e seu cuidado na clientela de serviços ambulatoriais da rede pública do Rio de Janeiro. *Estudos em Saúde Coletiva*, 149:5-13, 1997.

CAMARGO JR., K. R. et al. Representações de doença, saúde e seu cuidado na clientela de serviços ambulatoriais na rede pública do Rio de Janeiro. *Estudos em Saúde Coletiva*, 168:13-26, 1998.

CAMPELLO, M. F. *Relação Médico-Paciente na Homeopatia: convergência de representações e prática*, 2001. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

CANEVACCI, M. *A Cidade Polifônica*. Trad. Cecília Prada. São Paulo: Studio Nobel, 1993.

CANEVACCI, M. *Sincretismos: uma exploração das hibridações culturais*. Trad. Roberta Barni. São Paulo: Studio Nobel, 1996.

GINZBURG, C. *Mitos, Emblemas, Sinais*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

LUZ, D. Medicina tradicional chinesa. In: LUZ, M. T. (Coord.) V Seminário do Projeto Racionalidades Médicas. *Estudos em Saúde Coletiva*, 136:61-76, 1996.

LUZ, D. A medicina tradicional chinesa e os serviços públicos de saúde. *Estudos em Saúde Coletiva*, 160:7-42, 1998.

LUZ, H. S. & CAMPELLO, M. F. Homeopatia. In: LUZ, M. T. (Coord.) VI Seminário do Projeto Racionalidades Médicas. *Estudos em Saúde Coletiva*, 151:5-35, 1997.

LUZ, H. S. & CAMPELLO, M. F. Homeopatia. In: LUZ, M. T. (Coord.) VII Seminário do Projeto Racionalidades Médicas. *Estudos em Saúde Coletiva*, 159: 9-51, 1998.

LUZ, M. T. Relações entre o adolescente e a sociedade atual: instituição, violência e disciplina. *Estudos em Saúde Coletiva*, 48:1-16, 1993.

LUZ, M. T. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. *Cadernos de Sociologia*, 7:108-128, dez. 1995.

LUZ, M. T. *A Arte de Curar x a Ciência das Doenças: história social da homeopatia no Brasil*. São Paulo: Dynamis, 1996.

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis*, VII(1):13-43, 1997.

LUZ, M. T. La salud en forma y las formas de la salud: superando paradigmas y racionalidades. In: BRICEÑO-LEÓN, R.; MINAYO, M. C. & COIMBRA JR., C. (Orgs.) *Salud y Equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Lacso, 2000a.

LUZ, M. T. Medicina e racionalidades médicas: estudo comparativo da medicina ocidental contemporânea, homeopática, tradicional chinesa e ayurvédica. In: CANESQUI, A. M. (Org.) *Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2000b.

LUZ, M. T. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas em saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.) *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde*. Rio de Janeiro, IMS/Uerj, Abrasco, 2001.

LUZ, M. T. *As Novas Formas da Saúde: práticas, representações e valores culturais na sociedade contemporânea*. Rio de Janeiro, 2002. Inédito.

3. AS CIÊNCIAS SOCIAIS E O ENFOQUE ECOSSISTÊMICO DE SAÚDE

Carlos Machado de Freitas

Embora dedicado somente à sociologia, um livro publicado recentemente – *Sociological Theory and the Environment: classical foundations, contemporary insights* – nos serve de referência para refletirmos sobre as interfaces entre a questão ambiental e as ciências sociais no campo da saúde. Nesse livro, os organizadores argumentam que a sociologia dedicou pouca atenção ao ambiente biofísico e somente em fins dos anos 60 e início dos 70 do século XX, quando o movimento ambientalista se propagou, questões ambientais entraram na agenda acadêmica (Buttel et al., 2002). Para Buttel e colaboradores (2002), o pensamento social do século XIX tendeu a ignorar os recursos naturais, a natureza e o ambiente. Durante o século XX, o pensamento social tendeu a ver o homem como privilegiado em relação às outras espécies, o que resultou no fato de explícita ou implicitamente presumir-se que os aspectos socio-organizacionais, culturais e relacionados às inovações tecnológicas contribuíam para tornar os seres humanos libertos das leis da natureza. Para o autor, essas tendências forneceram à sociologia dominante características e coerência paradigmáticas. Porém, não permitiram transmitir a essa área de conhecimento um claro enunciado acerca da apreciação das relações entre as sociedades e seus ambientes biofísicos.

Para subsidiar esta reflexão, tomaremos como referência o enfoque ecossistêmico de saúde, tendo como base o artigo sobre o futuro das ciências sociais escrito por Robert Constanza (2003) em um número especial da revista *Futures*. Para o autor, que é um dos expoentes da abordagem de saúde de ecossistemas e propõe uma maior integração entre a biologia e as ciências sociais na compreensão e busca de soluções dos problemas que afetam os ecossistemas e a saúde humana, torna-se necessário reintegrar o estudo dos seres humanos e do restante da natureza em abordagens transdisciplinares e multiescalas, em conjunto com um consistente desenvolvimento de uma teoria da co-evolução cultural e biológica. Essa reintegração e esse desenvolvimento teórico, segundo o autor, contribuiriam para construir um mundo mais sustentável e desejável, que reconhece nossa parceria fundamental com o resto da natureza.

Organizamos esta reflexão sobre os desafios das ciências sociais nas questões relacionadas à saúde ambiental, ou mais precisamente às interfaces entre os problemas ambientais e de saúde, do seguinte modo: em primeiro lugar, situamos a questão ambiental em relação às ciências sociais de um modo geral e, particularmente, na saúde coletiva. No segundo item tomamos o enfoque ecossistêmico de saúde, procurando problematizá-lo e refletir sobre suas interfaces com as ciências sociais. Mais do que buscar esgotar o tema, procuramos iniciar uma discussão, esperando contribuir assim para a ampliação e o avanço das ciências sociais no campo da saúde, particularmente no que se refere aos temas relacionados à saúde ambiental.

A Questão Ambiental no Campo das Ciências Sociais

Apesar de assistirmos desde os anos 70 a avanços no ambientalismo nos países industrializados e ao desenvolvimento da medicina social na América Latina e da saúde coletiva no Brasil, com esses movimentos trazendo novamente à tona as dimensões sociais, políticas, econômicas, culturais e éticas dos problemas ambientais e sanitários, o que se verifica, na prática, é uma predominância das ciências naturais e engenharias na organização da pesquisa e da produção do conhecimento sobre o tema (Freitas, 2003). Embora as dimensões sociais, políticas, econômicas, culturais e éticas não sejam exclusividade das ciências sociais, é preocupante que mesmo no campo da saúde coletiva, em que estas são fundamentais para a compreensão dos problemas de saúde e ambientais, verifique-se que há poucos grupos de pesquisa organizados e que a produção científica ainda seja bastante pequena. Para Freitas (2003), apesar dos avanços no campo da saúde coletiva, nele as ciências sociais ainda ocupam um papel bastante marginal.

De modo geral, podemos considerar que, embora de grande importância, a pesquisa e a produção científica nas ciências sociais sobre a questão ambiental ainda são periféricas não só no campo da saúde coletiva, mas no das próprias ciências sociais como um todo. Isso reflete uma tendência que não se restringe ao Brasil ou aos outros países da América Latina, como se pode constatar tanto no livro de Buttel e colaboradores (2002) como no livro de Leff (2000). Para Macnaghten e Urry (1998), esse papel periférico resulta não só do fato de as ciências sociais terem dedicado pouca atenção ao ambiente biofísico, mas também do fato de as ciências 'naturais' ou 'da natureza', que detêm papel hegemônico em relação à compreensão e à busca de soluções dos problemas que afetam a 'natureza', relegarem as abordagens históricas, qualitativas e críticas a um plano marginal na literatura ambiental.

Leff (2000) afirma, com base em um diagnóstico sobre os programas de formação ambiental em nível universitário na América Latina e Caribe e um estudo sobre a incorporação da dimensão ambiental nas ciências sociais, que estas ciências se encontram entre as disciplinas mais resistentes a transformar seus paradigmas de conhecimento e a abrir seus temas privilegiados de estudo com relação à problemática ambiental. Macnaghten & Urry (1998), assim como Buttel e colaboradores (2002), consideram que parte da negligência do social na literatura

ambiental, mais acentuada no caso da sociologia, é parcialmente atribuível à própria trajetória do desenvolvimento das ciências sociais. Para os autores, tal negligência baseia-se em uma forte e indesejável divisão entre o mundo dos fatos sociais e o mundo dos fatos naturais, entre sociedade e natureza, a qual contribuiu para que as ciências sociais se preocupassem menos com as formas biológicas ou ambientais. No que concerne especificamente à sociologia, Leff (2000) observa que esta se desenvolveu dentro de enfoques e problemas teóricos que têm tido dificuldade em internalizar os processos socioambientais emergentes, tanto por sua complexidade como por seu caráter de novidade e pelas inter-relações entre processos de ordem física, biológica e social.

Além dos aspectos anteriormente apontados, Macnaghten e Urry (1998) chamam a atenção para a concepção hegemônica de um "realismo ambiental". Nessa concepção, o ambiente é uma entidade real em si, passível de ser pesquisada por uma ciência capaz de lhe fornecer uma compreensão reificada, produzindo resultados observáveis e não ambíguos. Isso possibilita não só mensurações, mas também a possibilidade de avaliar todas as medidas necessárias à correção dos danos tendo por base a mesma ciência que os gerou. Essa concepção hegemônica fica bem explicitada na introdução do capítulo 35 da Agenda 21 (A Ciência para o Desenvolvimento Sustentável):

> O primeiro passo para melhorar a base científica dessas estratégias [de desenvolvimento a longo prazo] é uma melhor compreensão da terra, dos oceanos, da atmosfera e da interdependência de seus ciclos hidrológicos, nutritivos e biogeoquímicos e de suas trocas de energia, que fazem parte do sistema Terra. Isto é essencial para estimar de maneira mais precisa a capacidade de sustentação do planeta e suas possibilidades de recuperação face às numerosas tensões causadas pelas atividades humanas. As ciências podem proporcionar esse conhecimento por meio de uma pesquisa aprofundada dos processos ambientais e por meio da aplicação dos instrumentos modernos e eficientes de que se dispõe atualmente, tais como os dispositivos de teleobservação, os instrumentos eletrônicos de monitoramento e a capacidade de cálculo e elaboração de modelos com computadores. As ciências desempenham um importante papel na vinculação do significado fundamental do sistema Terra, enquanto sustentador da vida, com estratégias apropriadas de desenvolvimento baseadas em seu desenvolvimento contínuo. (CNUMAD, 1996)

Nessa concepção, uma vez que a realidade derivada da pesquisa científica transcende os padrões transitórios e superficiais da vida cotidiana, a incorporação da análise dos processos sociais e práticas institucionais, bem como da experiência humana, ocupa um papel menor (Schakley, Wynne & Waterton, 1996; Macnaghten & Urry, 1998; Leff, 2000). Esse modo de ver tem diversas implicações para a organização de grupos de pesquisas nas ciências sociais, seu financiamento e publicação dos resultados de pesquisas em revistas científicas, fazendo com que, de um modo geral, elas ocupem um lugar periférico nas políticas científicas.

De um modo geral, na concepção hegemônica do 'realismo ambiental', quando as ciências sociais são chamadas para a pesquisa e o ensino sobre os problemas ambientais seu papel se restringe a identificar as causas sociais, os impactos sociais e as respostas sociais aos problemas

ambientais inicialmente descritos de forma acurada pelas engenharias e ciências naturais. Nessa concepção, as ciências sociais devem deixar de lado ou minimizar a pesquisa sobre os conflitos sociais e as inúmeras estratégias políticas dos diferentes atores envolvidos, incluindo os cientistas e tomadores de decisões, e se concentrar na formulação de respostas sociais e mudanças de comportamentos adequadas aos problemas enunciados a partir de um grande conjunto de evidências oriundas das ciências naturais e engenharias.

Se não podemos deixar de considerar que as próprias ciências sociais relegaram a questão ambiental a um papel periférico, isto não significa que podemos aceitar que esse quadro permaneça dentro e fora das ciências sociais, como nas ciências naturais e engenharias. Superar essa limitação é mais urgente ainda quando, na perspectiva da saúde coletiva, tratamos dos problemas ambientais. Nesses casos, como se trata de problemas de saúde relacionados aos problemas ambientais, necessariamente teremos de considerá-los como simultaneamente problemas sociais, políticos, econômicos, éticos e culturais, pois de outra forma não só reduziremos em muito a capacidade de compreendê-los, mas também e principalmente a de resolvê-los.

Na perspectiva de ampliar seu escopo para a compreensão e solução dos problemas ambientais e de saúde, os enfoques ecossistêmicos vêm surgindo como uma interessante alternativa. Tanto apontam para a necessidade de integrar diversas disciplinas, incluindo as pertencentes ao campo das ciências sociais, como propõem a necessidade de participação dos inúmeros atores envolvidos na busca de compreensão e solução dos problemas ambientais e de saúde. Entretanto, eles apresentam problemas e limites, dependendo da perspectiva de análise, que ainda devem ser superados para uma real incorporação das ciências sociais e uma efetiva participação dos inúmeros atores envolvidos. É considerando o potencial desse tipo de enfoque que nos dedicamos a com ele dialogar a seguir.

O Enfoque Ecossistêmico de Saúde e as Ciências Sociais

Tomar o enfoque ecossistêmico de saúde como referência para subsidiar a reflexão acerca das inter-relações entre as ciências sociais e a saúde ambiental torna-se importante quando se considera a proeminência que ele vem ganhando em países da América Latina (Feola & Bazzani, 2002) e entre destacados cientistas sociais latino-americanos que trabalham no campo da saúde (Minayo, 2002).

Feola e Bazzani (2002), do Escritório Regional para América Latina e Caribe (situado no Uruguai) do Centro Internacional de Investigações para o Desenvolvimento (Canadá), iniciam as reflexões finais da publicação *Desafios y Estrategias para la Implementación de un Enfoque Ecosistémico para la Salud Humana em los Países en Desarrollo: reflexiones a propósito de las consultas regionales realizadas* com um enunciado que chama a atenção para a importância de aspectos que são objetos permanentes da elaboração teórica, metodológica e das investigações no campo das ciências sociais:

> *El enfoque ecosistémico para la salud humana (ecosalud) presenta muchos desafios, ya que atraviesa las fronteras tradicionales de la investigación. De heco, constiuye um nuevo enfoque que conecta la gestión ambiental integrada com uma comprensión holística de la salud humana,* tomando en cuenta los importantes factores sociales, económicos y culturales inherentes a un ecosistema dado. (Feola & Bazzani, 2002:67) (grifos meus)

Minayo (2002), destacada cientista social no campo da saúde na América Latina e presidente da Seção Latino-Americana do Fórum Internacional de Ciências Sociais e Saúde, no início do capítulo 'Enfoque ecossistêmico de saúde e qualidade de vida' do livro *Saúde e Ambiente Sustentável: estreitando nós*, do qual é uma das organizadoras, considera o "enfoque ecossistêmico de saúde como uma das possibilidades de construção teórico-prática das relações entre saúde e ambiente nos níveis microssociais, dialeticamente articulados a uma visão ampliada de ambos os componentes" (Minayo, 2002:173). Nesse texto, a autora chama a atenção para muitas das possibilidades desse enfoque, que, além de integrado, prevê ampla participação social na análise dos problemas ambientais e na busca de soluções a eles relacionadas. Entretanto, ela considera que, para um enfoque que se pretende integrado, existem ainda desafios metodológicos e de caráter operativo, situados no campo das ciências sociais, que devem ser trabalhados para a viabilização de respostas aos seus problemas teóricos centrais. Entre esses desafios ela cita, como exemplos, diagnósticos e análises sociológicas e antropológicas dos problemas em questão, incluindo fatores históricos, econômicos, culturais, sociais, o exercício do poder, a atividade produtiva e reprodutiva.

Da publicação editada por Feola e Bazzani (2002) e do capítulo do livro de Minayo (2002), podemos inferir que o enfoque ecossistêmico de saúde traz, como abordagem integrada, importantes possibilidades de aplicação nos países da América Latina e também desafios para as ciências sociais no que se refere às possibilidades de trabalho integrado para o diagnóstico e a gestão dos problemas ambientais e de saúde.

Embora importantes, sem dúvida não podemos considerar que todos os desafios e o futuro das ciências sociais no que se refere à questão ambiental, ou mais especificamente aos problemas de saúde ambiental, possam se restringir aos desafios que lhes são impostos em relação ao enfoque ecossistêmico. Há na atualidade uma produção crescente e importante das ciências sociais, dentro e fora da América Latina, que demonstra isso e da qual emergem inúmeras questões. Entre essas questões, destacamos duas apresentadas por Buttel e colaboradores (2002) para a sociologia: em que medida a questão ambiental representa ou não um desafio paradigmático para a sociologia?; em que medida uma perspectiva ou paradigma ecológico é um componente essencial para a sociologia? Entretanto, também não podemos deixar de considerar que a publicação editada por Feola e Bazzani (2002) e o capítulo do livro de Minayo (2002) revelam uma tendência de crescimento desse enfoque, que tem como uma de suas estratégias de ampliação procurar responder e apontar direções para as questões colocadas por Buttel e colaboradores (2002). Significativo dessa estratégia é o já citado artigo de Robert Constanza (2003), um dos mais destacados cientistas do enfoque ecossistêmico de saúde, oriundo das ciências biológicas, no número especial da revista *Futures* sobre o futuro das ciências sociais.

Esses sinais de interface entre o enfoque ecossistêmico de saúde e as ciências sociais constituem sinais da importância de tornar essa abordagem alvo de análise crítica e reflexões.

Para Constanza (2003), é necessária uma maior integração entre a biologia e as ciências sociais na compreensão dos problemas que afetam os ecossistemas e a saúde humana e na busca de soluções para eles, o que envolve o desenvolvimento de uma consistente teoria da co-evolução cultural e biológica. O desenvolvimento dessa teoria da co-evolução cultural e biológica deve considerar que na modelagem da dinâmica dos ecossistemas (que são sistemas complexos), é impossível ignorar que estes apresentam características de descontinuidades e surpresas, operando distantes de um estado de equilíbrio e em constante adaptação às condições em mudanças. Para o autor, o paradigma da evolução é de grande importância, e vem sendo amplamente aplicado aos sistemas ecológicos e econômicos como modo de formalizar a compreensão da adaptação e mudança de comportamentos nos sistemas dinâmicos e em estado de não-equilíbrio.

Considerando as características de descontinuidades, surpresas e mudanças que afetam os ecossistemas e a saúde humana, Constanza (2003) afirma que uma das contribuições das ciências sociais deve ser aumentar a resiliência (capacidade de recuperação aos distúrbios) em termos de, por exemplo, conformações institucionais, ações coletivas, cooperação e aprendizado social, que são constituintes do sistema econômico ecológico. O autor cita como exemplo um dos problemas bastante comuns aos países da América Latina: a pobreza. Segundo Constanza (2003), o foco estático no conceito de pobreza deve mudar para a dinâmica do processo de empobrecimento e desenvolvimento sustentável em um contexto de permanentes mudanças, já que as dimensões da pobreza não podem ser reduzidas somente às condições econômicas e materiais de vida. Nessa perspectiva, o foco está na capacidade dos grupos sociais vulneráveis e dos sistemas ecológicos de responder às mudanças e na sustentabilidade, correspondendo à manutenção da capacidade dinâmica de responder de modo adaptativo às mudanças. Tal perspectiva, que não se restringe a Constanza (2003), mas se encontra presente no pensamento de vários outros cientistas que trabalham com o enfoque ecossistêmico (Constanza, Norton & Haskel, 1992; Rapport et al., 1998), aponta para a necessidade de se focalizar mais os processos naturais e sociais básicos associados à estruturação dos ecossistemas. Kay e Regier, nessa mesma direção, afirmam que há uma relação dialética entre ambos os processos e que estes envolvem interações entre os sistemas ecológicos e sociais em um contexto ambiental. Se por um lado os sistemas ecológicos provêem um contexto para a auto-organização dos sistemas sociais através do entorno biofísico, por outro os sistemas sociais podem alterar as estruturas dos sistemas ecológicos e, por conseguinte, alterar os contextos dos próprios sistemas sociais (Kay & Regier, 2000).

Se do século XIX até o início dos anos 70 do século XX as ciências sociais dedicaram pouca atenção ao ambiente biofísico, com uma dominante divisão entre o mundo dos fatos sociais e o mundo dos fatos naturais, entre a sociedade e a natureza, desde fins do século passado e início deste novo século encontramos o desenvolvimento de perspectivas, como os

enfoques ecossistêmicos de saúde, do qual Costanza (2003) é um dos porta-vozes, que constituem 'avanços'. Perspectivas que se orientam para a superação da divisão entre o mundo dos fatos sociais e o dos naturais, entre a sociedade e a natureza e que constituem respostas possíveis às questões colocadas por Buttel e colaboradores (2002), ou seja: as ciências sociais tanto não podem ser dissociadas do ambiente biofísico, sendo o paradigma ecológico um componente essencial, como é a questão ambiental um desafio paradigmático para que elas possam contribuir na compreensão, gestão e solução dos problemas ambientais. As ciências sociais podem e devem, segundo Constanza (2003), contribuir para aumentar a compreensão do lugar dos seres humanos na natureza e a implementação de sistemas de gerenciamento adaptativo, em múltiplas escalas, a partir de uma visão compartilhada e desejável de um sustentável futuro humano na biosfera.

Concordemos ou não com a perspectiva de Constanza (2003), não podemos deixar de observar que constitui um avanço para as ciências sociais considerar os ambientes biofísicos em suas análises, ainda que enfatizando as causas sociais, dos fenômenos sociais, a partir dos seus distintos conceitos sociais. A questão é se esse avanço tem o potencial de ser ampliado, porque na prática ele ainda é bastante restrito. Se nos enfoques ecossistêmicos de saúde encontramos bem definidos e ocupando o núcleo central do desenvolvimento teórico-metodológico conceitos oriundos da física e da biologia, o mesmo não se pode dizer dos conceitos oriundos das ciências sociais, podendo essa assimetria resultar em uma nova reedição e perpetuação da hegemonia do 'realismo ambiental'.

Como vimos, o aumento da produção das ciências sociais sobre a questão ambiental é recente e ainda incipiente se comparado com o das ciências naturais e engenharias. Nesse processo, propostas de enfoques interdisciplinares, como os ecossistêmicos de saúde, constituem oportunidades e desafios para a ampliação das ciências sociais neste campo. Essa ampliação exige uma reflexão que permita às ciências sociais, como observa Vieira (1995), avançar tanto no plano do conhecimento teórico quanto no da intervenção social e política, o que exige também maior ênfase nos estudos acerca da viabilidade de estratégias alternativas de implementação de sistemas de gerenciamento adaptativos, em múltiplas escalas, a partir de uma visão compartilhada e desejável de um sustentável futuro humano na biosfera, como propõe Constanza (2003). Uma reflexão que considere também o alerta de Schakley, Wynne e Waterton (1996), já que transformação das ciências sociais em 'ferramenta' de análise, planejamento e gestão dos problemas ambientais pode limitar seu próprio emprego, limitando ou reduzindo o papel de abordagens críticas e relativistas, consideradas desestabilizadoras das estruturas sociais, políticas e econômicas dominantes e que podem desafiar o papel do Estado na regulação ambiental das atividades de trabalho, produção e consumo.

Sem querer esgotar o leque de questões que podem ser trabalhadas pelas ciências sociais na compreensão dos problemas que afetam os ecossistemas e na saúde humana e busca de soluções para eles, cabe indagar onde se situariam, por exemplo, abordagens oriundas do marxismo e do neomarxismo, que são perspectivas críticas às instituições e arranjos sociais dominantes, em

relação à industrialização capitalista, especialmente sua tendência para a auto-expansão, acumulação e crescimento (Dickens, 2002). Essas abordagens fortalecem a noção de que as realidades da vida humana só podem ser reveladas a partir da consideração do substrato material das sociedades e partilham a visão comum da degradação ambiental como uma segunda contradição do desenvolvimento das sociedades industriais modernas, que ameaça os recursos biofísicos necessários para sua sobrevivência e crescimento, contribuindo para gerar novos movimentos políticos, como o ambientalista. Para perspectivas como essas, o gerenciamento adaptativo pode soar como uma espécie de reformismo ambiental, em que se garante a possibilidade de mudanças sem se alterar as estruturas fundamentais do capitalismo industrial, sendo, portanto, insuficiente para superar as próprias contradições das sociedades atuais que continuarão a degradar o meio ambiente.

Quando analisamos alguns estudos realizados por cientistas adeptos do enfoque ecossistêmico de saúde nos países em desenvolvimento da África, Ásia e América Latina, todos em pequenas cidades ou vilarejos (Waltner-Toews et al., 2003), constatamos os limites da perspectiva de sistemas e em múltiplas escalas. A perspectiva sistêmica acaba sendo reduzida ao ecossistema em questão, e as múltiplas escalas, em que se incorporam aspectos institucionais, políticos, econômicos e sociais, não ultrapassam o país em questão. Cabe indagar se nesses estudos realizados nos países em desenvolvimento haveria lugar para perspectivas que também são sistêmicas e trabalham com múltiplas escalas, como as de Wallerstein (1999), com sua Teoria do Sistema-Mundo (Roberts & Grimes, 2002). Essa teoria, assentada primariamente nas tradições marxistas e da economia política, tem como característica analítica particular a noção de que existe uma única divisão do trabalho em escala global, sendo isto característico da natureza cíclica da produção capitalista e resultando em uma troca desigual entre as economias periféricas e semiperiféricas e as economias centrais do capitalismo. Exemplos de temas-problema ambientais em que se pode aplicar essa teoria são: 1) os mecanismos pelos quais as forças econômicas globais e a dependência das sociedades mais pobres contribuem para que os países 'periféricos' devastem seus solos e contaminem seus rios; 2) os processos pelos quais sociedades e regiões com altos níveis de consciência ambiental e governos que procuram regular a poluição industrial podem ser forçadas a baixar o nível de suas demandas para competir pelos investimentos de capitais globalmente móveis; 3) as conexões entre os ciclos de declínio econômico e degradação ecológica. Apesar de a Teoria do Sistema-Mundo enfatizar a explicação econômica em detrimento dos aspectos culturais, tipo de ênfase que também encontramos em autores de referência do enfoque ecossistêmico de saúde como Rapport (1998), os temas-problema citados demonstram sua importância para a análise sistêmica e a busca de soluções em múltiplas escalas, incluindo a global.

Para Constanza (2003), torna-se fundamental formalizar a compreensão da adaptação e mudança de comportamentos nos sistemas dinâmicos e em estado de não-equilíbrio, e para tal é necessário focalizar os processos naturais e sociais básicos associados à estruturação dos ecossistemas. Como observa Giddens (1990), em condições de modernidade o mundo social nunca

pode formar um ambiente estável em termos de entrada de conhecimento novo sobre seu caráter e funcionamento, o que o caracteriza como altamente dinâmico. Para o autor, o conhecimento novo (conceitos, teorias, descobertas) não torna simplesmente o mundo social mais transparente, mas altera sua natureza, projetando-a para novas direções, afetando tanto a natureza socializada, confundindo atualmente o que é 'natural' com o que é 'social', como as próprias instituições sociais direta e indiretamente envolvidas no problema. Essa perspectiva se encontra em consonância com uma nova sociologia ambiental (Seippel, 2002; Benton, 2002), que emerge na virada do milênio e revê as premissas e pressuposições da primeira geração de sociólogos ambientais, envolvendo duas premissas básicas: 1) a 'modernização', o que envolve o avanço no conhecimento científico, na divisão do trabalho, na globalização e novos padrões de mudanças tecnológicas na indústria e no consumo, mais do que significar um elemento-chave na direção da degradação ambiental, pode estar entre as mais potentes soluções para os problemas ambientais; 2) o 'ambiente' é tão ou mais saliente no que diz respeito a crenças, ideologias, discursos e construções sociais, quanto em relação aos constrangimentos e limites físicos-materiais. Para essa nova sociologia ambiental é difícil focalizar processos naturais e sociais básicos que sirvam de referências para o gerenciamento adaptativo, já que a dinâmica do mundo social os coloca em permanentes mudanças, não formando nunca um ambiente estável. Além do mais, ela salienta que o 'ambiente' encontrado nas crenças, ideologias, discursos e construções sociais é tão importante quanto o 'ambiente' biofísico, podendo alterar este último não só em direção à degradação ambiental apontada por Kay e Regier (2000), mas também em direção à construção de potentes soluções para os problemas ambientais.

Por fim, chamamos a atenção para o construtivismo na sociologia ambiental. Para o construtivismo existem diversos temas de interesse, tais como: 1) a representação social do conhecimento científico entre os diferentes atores envolvidos; 2) a interação entre os movimentos sociais e os cientistas na representação do conhecimento ambiental e na inserção das questões ambientais na esfera pública; 3) os percursos pelos quais uma cultura 'ambiental' é construída e se conecta com uma ampla cultura da sociedade; 4) a criação de uma 'cultura ambiental' e o modo como os movimentos sociais criam sua própria cultura e valores; 5) o modo como as culturas/discursos dos novos movimentos sociais ressoam e conformam amplos discursos sociais e políticos sobre determinados problemas ambientais, independentemente de uma base factual ou informativa considerada segura e confiável pela ciência tradicional. Yarley (2002), um dos proeminentes cientistas sociais nessa linha, apresenta questões críticas na composição de uma agenda do construtivismo social que permitem uma maior ou menor aproximação com o enfoque ecossistêmico de saúde, dependendo da linha adotada pelos autores. Suas questões são: 1) o processo de construção social de um problema ambiental particular; 2) o que é considerado e o que não é considerado como 'ambiente', já que as instituições nodais (agências governamentais, meios de comunicação etc.) são responsáveis pela definição e pela construção social do que é e do que não é um 'problema ambiental'; 3) a demonstração de como a ciência que possibilita a compreensão e solução dos problemas ambientais é também 'construída socialmente'. Os temas e as questões colocadas pelo construtivismo, dependendo da linha do enfo-

que ecossistêmico de saúde, podem ou não permitir um trabalho interdisciplinar entre as ciências sociais e as ciências naturais. No enfoque ecossistêmico que segue uma linha em que o diagnóstico dos problemas ainda é dominado pelas ciências naturais, ainda que incorpore os diferentes valores sociais e culturais (Rapport et al., 1998; Constanza, 2003), é difícil que o construtivismo seja incorporado como possibilidade de trabalho conjunto e interdisciplinar. No enfoque ecossistêmico que segue uma linha que considera a possibilidade de diferentes narrativas sobre os problemas ambientais e que procura se aproximar das novas teorias sociais da modernidade, de algum modo o construtivismo é incorporado como elemento de análise, indo além da incorporação dos diferentes valores sociais e culturais (Kay & Regier, 2002; Waltner-Toews, 2004).

Quando tomamos o enfoque ecossistêmico de saúde como referência para subsidiar a reflexão acerca das inter-relações entre as ciências sociais e a saúde ambiental, confrontamo-nos com o desafio não só de incorporar teorias e metodologias das ciências sociais como 'ferramentas' para a compreensão e solução dos problemas ambientais. Há também o desafio de fazer com que isso ocorra de forma ampla, sem a marginalização e exclusão de abordagens mais contextualizadas, relativistas e críticas em função da manutenção da hegemonia de um certo 'realismo ambiental' dominante nas ciências naturais e engenharias, assim como nas diferentes instituições públicas e privadas responsáveis pela gestão ambiental. Podemos considerar que são muitos os desafios e que o enfoque ecossistêmico de saúde possibilita interfaces múltiplas que, dependendo da abordagem adotada, poderão ampliar ou restringir as trocas e integrações possíveis na busca de compreensão e soluções para os problemas ambientais e de saúde.

Considerações Finais

Os problemas ambientais são problemas eminentemente sociais, gerados e atravessados por um conjunto de processos sociais (Leff, 2000). Eles só emergem porque não se encontram alheios à vida social humana, mas são completamente penetrados e reordenados por ela, confundindo atualmente o que é 'natural' com o que é 'social' (Giddens, 1990; Beck, 1997).

Como observa Samaja (2000), o termo 'problema' só tem campo de aplicação nos sistemas vivos e nos processos humanos, pois são estes que enfrentam problemas em sua existência e realizam escolhas que lhes permitem mudar de uma situação para outra. Por essa razão, a noção de 'problemas de saúde' compõe uma ordem descritiva que serve para qualificar estados possíveis, nos indivíduos vivos em toda a extensão da biosfera. Apesar disso, no que diz respeito aos problemas ambientais, que são simultaneamente problemas de saúde, pois afetam os seres humanos e as sociedades em múltiplas e simultâneas escalas e dimensões, assiste-se a um movimento atual de formalização dos problemas que, na maioria das vezes, os reduz ao conceito de resolução através do cálculo e do tratamento da informação na lógica das ciências naturais e engenharias.

Se consideramos que não existe um único ambiente, o ambiente construído e descrito pelas ciências naturais e engenharias, mas sim uma variedade de ambientes constituídos histórica, geográfica, social e culturalmente, surge então a necessidade de se considerar que um problema ambiental corresponde a uma multiplicidade de problemas ambientais simultâneos, que envolvem diferentes e conflituosas noções de sociedade. Problemas que necessariamente envolvem processos sociais, políticos, econômicos e culturais, bem como uma multiplicidade de atores sociais com diferentes noções e interesses acerca deles e das formas de resolução que poderão ser encaminhadas. Isso implica que resolução do(s) problema(s) somente por meio do cálculo e do tratamento da informação na lógica das ciências naturais e engenharias será sempre limitada, o que torna necessária uma presença maior das ciências sociais em sua compreensão e na busca de soluções.

Se consideramos a especulação de Schakley, Wynne e Waterton (1996), segundo quem as considerações dominantes de um 'realismo ambiental' por parte das ciências naturais e engenharias têm poderosos efeitos sobre nossas construções sociais acerca do que é problema e do que é o ambiente, podemos considerar que o caminho inverso é igualmente verdadeiro, já que, como observa Giddens (1990), o conhecimento novo altera a natureza do mundo social. Assim, uma maior incorporação das ciências sociais para a compreensão e resolução dos problemas ambientais e de saúde não só se encontra em completa consonância com o projeto da medicina social latino-americana e da saúde coletiva brasileira, mas contribuirá para mudanças sociais na direção de um mundo mais sustentável do ponto de vista ambiental e de saúde.

De acordo com Leff (2000), a resolução dos problemas ambientais implica ativação e objetivação de um conjunto de processos sociais nos quais as ciências sociais têm um importante papel a desempenhar e que implicam a necessidade de se avançar na reflexão sobre a pesquisa das ciências sociais no campo dos problemas ambientais que afetam a saúde coletiva. A superação do realismo ambiental e do biologismo dominante na saúde, da naturalização das injustiças e desigualdades da vida social e da submissão ao modelo hegemônico das ciências naturais e das engenharias na compreensão e solução dos problemas ambientais representa desafios importantes para que as ciências sociais contribuam para o avanço do marco conceitual da saúde coletiva.

Procurando integrar as ciências sociais na compreensão dos problemas ambientais, os enfoques ecossistêmicos de saúde surgem como uma das possibilidades no âmbito da saúde coletiva. Porém, isso não pode ocorrer sem que se mantenha uma perspectiva crítica da sociedade e de suas dinâmicas geradoras de degradação ambiental e problemas de saúde, desde a escala local até a escala global.

Referências Bibliográficas

BECK, U. A reinvenção da política: rumo a uma teoria da modernização reflexiva. In: BECK, U.; GIDDENS, A. & LASH, S. *Modernização Reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna.* São Paulo: Editora Unesp, 1997.

BENTON, T. Social theory and ecological politics: reflexive modernization or green socialism? In: DUNLAP, R. E. et al. (Eds.) *Sociological Theory and the Environment: classical foundations, contemporary insights.* Oxford: Rowman & Littlefield Publishers, 2002.

BUTTEL F. H. et al. Sociologiacal theory and the environment: an overview and introduction. In: DUNLAP, R. E. et al. (Eds.) *Sociological Theory and the Environment: classical foundations, contemporary insights.* Oxford: Rowman & Littlefield Publishers, 2002.

Conferência das Nações Unidas Sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (CNUMAD). Capítulo 35 – A ciência para o desenvolvimento sustentável. In: *Agenda 21.* Brasília: Senado Federal, 1996 [1992].

COSTANZA, R. A vision of the future of science: reintegrating the study of humans and the rest of nature. *Futures,* 35:651-671, 2003.

COSTANZA, R.; NORTON, B. G. & HASKELL, B. D. (Eds.) *Ecosystem Health: new goals for environmental management.* Washington, D.C.: Island Press, 1998.

DICKENS, P. A green marxism? Labor processes, alienation, and the division of labor. In: DUNLAP, R. E. et al. (Eds.) *Sociological Theory and the Environment: classical foundations, contemporary insights.* Oxford: Rowman & Littlefield Publishers, 2002.

FEOLA, G. & BAZZANI, R. (Eds.) *Desafíos y Estrategias para la Implementación de un Enfoque Ecossistémico para la Salud Humana en los Países en Desarollo: reflexiones a propósito de las consultas regionales.* Montevideo: CIID, 2002. http://www.idrc.ca/lacro/docs/conferencias/ecosalud.html

FREITAS, C. M. Problemas ambientais, saúde coletiva e ciências sociais. *Ciência Saúde Coletiva*, 8:137-150, 2003.

GIDDENS, A. *As Conseqüências da Modernidade.* São Paulo: Editora Unesp, 1990.

KAY, J. & REGIER, H. Uncertainty, complexity, and ecological integrity: insights from an ecosystem approach. In: CRABBE, P. et al. (Eds.) *Implementing Ecological Integrity: restoring regional and global environmental and human health.* London: Kluwer, 2000. (NATO Science Series, Environmental Security) http://www.fes.uwaterloo.ca/u/jjkay/pubs/NATO/

LEFF, E. Pensamento sociológico, racionalidade ambiental e transformações do conhecimento. In: LEFF, E. *Epistemologia Ambiental.* São Paulo: Cortez, 2000.

MAcNAGHTEN, P. & URRY, J. *Contested Natures.* London: Sage Publications, 1998

MINAYO, M. C. S. Enfoque ecossistêmico de saúde e qualidade de vida. In: MINAYO, M. C. S & MIRANDA, A. C. (Orgs.) *Saúde e Ambiente Sustentável: estreitando nós.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

RAPPORT, D. Dimensions of ecosystem health. In: RAPPORT, D. et al. (Eds.) *Ecosystem Health.* Oxford: Blackwell Science, 1998.

RAPPORT, D. et al. (Eds.) *Ecosystem Health.* Oxford: Blackwell Science, 1998.

ROBERTS, J. T. & GRIMES, P. World-system theory and the environment: toward a new synthesis. In: DUNLAP, R. E. et al. (Eds.) *Sociological Theory and the Environment: classical foundations, contemporary insights.* Oxford: Rowman & Littlefield Publishers 2002.

SAMAJA. J. *A Reprodução Social e a Saúde.* Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.

SCHAKLEY, S.; WYNNE, B. & WATERTON, C. The past, present and future pontential of complex thinking. *Futures*, 28(3):201-225, 1996.

SEIPPEL, O. Modernity, politics, and the environment: a theoretical perspective. In: DUNLAP, R. E. et al. (Eds.) *Sociological Theory and the Environment: classical foundations, contemporary insights.* Oxford: Rowman & Littlefield Publishers, 2002.

VIEIRA, P. F. A problemática ambiental e as ciências sociais no Brasil (1980-1990). In: HOGAN, D. J. & VIEIRA, P. F. (Orgs.) *Dilemas Socioambientais e Desenvolvimento Sustentável.* Campinas: Editora da Unicamp, 1995.

WALLERSTEIN, I. Análise dos sistemas mundiais. In: GIDDENS, A. & TURNER, J. (Orgs.) *Teoria Social Hoje.* São Paulo: Editora Unesp, 1999.

WALTNER-TOEWS, D. The end of medicine: the beginning of health. *Futures,* 32(7): 655-667, 2000.

WALTNER-TOEWS, D. *Ecosystem Sustainability and Health: a practical approach.* Cambridge: Cambridge University Press, 2004.

WALTNER-TOEWS, D. et al. Adaptive methodology for ecosystem sustainability and health (AMESH). Network for Ecosystem Sustainability and Health, 2003. http://www.fes.uwaterloo.ca/u/jjkay/pubs/amesh/

YEARLEY, S. The social construction of environmental problems: a theoretical review and some not-very-herculean labors. In: DUNLAP, R. E. et al. (Eds.) *Sociological Theory and the Environment: classical foundations, contemporary insights.* Oxford: Rowman & Littlefield Publishers, 2002.

4. ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LAS DIMENSIONES ÉTICAS DE LA INVESTIGACIÓN SOCIAL SOBRE SALUD

Juan Guillermo Figueroa Perea

Primer Acercamiento a la Reflexión Ética

En este texto resulta de gran importancia acotar el tipo de aproximación a la ética que se asume, ya que existen múltiples interpretaciones al respecto: desde el lenguaje cotidiano hasta el de la especialización filosófica, pero a la par el lenguaje del rechazo a definiciones moralizantes e ideológicas.

Según la filosofía, la ética se dedica al estudio de las normas morales en el tiempo y en el espacio; su propósito es identificar los supuestos bajo los cuales fueron definidas dichas normas (Sánchez Vázquez, 1982), así como las personas que participaron en su construcción, quienes contribuyeron a su permanencia y también a su modificación a través del tiempo. Ello le permite historizar las normas, quitar la visión atemporal a su existencia, reconocer sus posibles cambios a futuro y en especial, mostrar que existen actores sociales que contribuyen a su modificación en contextos y coyunturas específicas. Con ello, la ética logra tomar distancia de las normas y, más que discutir cuál es la moral correcta, permite explicitar los supuestos de los diferentes códigos normativos con el propósito de dar a quien realiza la reflexión ética, la posibilidad de optar por alguno de ellos –si así le parece necesario– o bien imaginar formas de replantearlos, redefinirlos y potencialmente transformarlos.

No se trata simplemente de escoger entre los códigos existentes sino de reconocerse con capacidad y autoridad para definir nuevas normas, resistirse a las existentes o simplemente no asumirlas como obvias. Adicionalmente o de manera paralela, este tipo de reflexión permite identificar a las personas que no han participado en la definición de las normas, pero no sólo para constatarlo sino también para cuestionarlo; es decir, para preguntarse: ¿no fueron tomados en cuenta porque era obvio que no tenían autoridad para participar en la definición de las normas, o bien por un ejercicio unilateral de poder que los excluyó de un espacio donde tenían derecho a estar presentes? Así como la ética feminista ha puesto en evidencia que la definición normativa no ha considerado a las mujeres (Sherwin, 1996) y la ética gay ha mostra-

do algo equivalente para los homosexuales (Murphy, 1994), la ética de la investigación podría identificar la forma en que los diferentes actores que participan de los encuentros que le dan forma, son tomados en cuenta o bien ignorados.

Es posible que quienes realizan las investigaciones sociales no se sientan representados por los códigos de ética de la biomedicina y de la investigación clínica. Sin embargo, también puede ocurrir que las personas investigadas sólo sean consideradas 'desde la óptica' de quien investiga (como en el caso de las mujeres cuando son valoradas desde una óptica patriarcal por ejemplo, en tanto subordinadas y dependientes) y si los sujetos analizados se reconocieran con autoridad suficiente para cuestionar y negociar con quien investiga, podrían influir en un replanteo de las normas definidas para guiar la investigación.

Del mismo modo, algunas de las personas investigadas por las ciencias sociales podrían cuestionar la razón por la que no existe cierto tipo de control o acompañamiento crítico para sus investigadores, ya que –de forma análoga a la biomedicina y a la investigación clínica– las personas analizadas podrían convertirse en víctimas de abusos, daños y riesgos de selección unilateral (y poco sistemática) para ser investigados, exponerse a investigadores poco capacitados, ser sometidos a una experimentación injustificable y, a fin de cuentas, a una relación asimétrica con los investigadores.

Por todo lo anterior, la ética de la investigación social sobre salud no pretende aplicar de manera acrítica los modelos normativos derivados de otras disciplinas que construyen su objeto de estudio desde otros enfoques; muy por el contrario, procura problematizar las posturas que niegan la necesidad de cuidados éticos específicos para las ciencias sociales. Además, busca estimular una definición original, ingeniosa e imaginativa de lo que se requiere en la investigación social, cumpliendo con cierta consistencia epistemológica respecto a la teoría, los métodos y las técnicas con las que se genera información y se construye conocimiento en este ámbito de trabajo académico.

¿Ética Para las Ciencias Sociales?

Entre algunos investigadores, especialmente entre los de las ciencias sociales, se cree que los cuidados éticos surgen de una imposición ideológica por parte de quienes definen los temas de investigación o bien de quienes brindan el apoyo económico necesario para realizarla. Por ello vale la pena preguntarse: ¿cómo conciliar el cuidado ético con que se rigen las instituciones dedicadas a la investigación clínica con la libertad de investigación que tanto se demanda desde las ciencias sociales? ¿Será al evitar los comités de ética, y por ende la evaluación en esta vertiente, o bien repensando epistemológica y políticamente lo que significa ser investigador?

En este sentido, nos preguntamos si existe una definición de investigación que pueda tomarse como referencia para reflexionar acerca de las responsabilidades y los derechos en el proceso de generar conocimiento, pero a la vez discutir ante quiénes se ponen en juego.

Cuando se trata de una investigación clínica y biomédica, suelen ponderarse explícitamente sus riesgos y beneficios ya que, por una parte, esto permite justificar su pertinencia y por otra, anticipar posibles acciones para reaccionar antes riesgos previsibles e imprevistos. Sin embargo, ¿qué sucede cuando muchas instituciones sociales no creen necesario definir explícitamente las responsabilidades sobre las consecuencias de las investigaciones llevadas a cabo por sus investigadores, precisamente por considerar que ello no implica riesgo?, ¿serán tan distintos sus ámbitos de intervención que justifican cuidados éticos tan heterogéneos?

En el caso de las personas investigadas, ¿es factible reducir los dilemas éticos en el quehacer académico, solicitando la opinión de quienes son investigados, aun cuando no compartan el discurso de los investigadores?, ¿con respecto a quién se pueden ejercer los derechos de los investigados?, ¿son suficientes la vigilancia y la crítica académica, cuenten o no con códigos de ética?

Desde otra vertiente, ¿qué sucede con los grupos que son *sobreinvestigados*?, ¿el ser tan familiares resulta ser objeto de festejo o de crítica? Al ser tan conocidos, puede llegar a intervenirse más claramente sobre su entorno; entonces, ¿corren el riesgo de ser más frágiles?

En cuanto a los grupos no investigados, ¿podría tratarse de una omisión por parte de los investigadores –individual y colectivamente imaginados– o de negligencia en su trabajo? De ser así, ¿cómo se construyen socialmente los derechos de los investigadores?, ¿qué le corresponde aportar a la sociedad de donde emergen los investigados?, ¿podría demandarse a instancias sociales que aseguren las condiciones para trabajar de manera integral, independiente, reflexiva y autocrítica?, ¿tendría sentido apoyar –preferentemente mediante acciones de tipo afirmativas– a quienes investiguen poblaciones marginadas o discriminadas socialmente, bajo el supuesto de que la investigación se constituya, contribuya o represente 'su voz', o por lo menos participe en el proceso de hacerlos visibles de acuerdo a sus propios ritmos de comunicación?

Los encuentros y tensiones entre la excelencia y la pertinencia de un proceso de investigación, ¿serán objeto de una reflexión ética?, ¿será posible documentar contradicciones o tensiones entre criterios éticos y criterios de carácter teórico y metodológico?

Este texto no pretende responder estas preguntas, sino estimular reflexiones con el fin de revisitar colectivamente algunas percepciones que existen en las ciencias sociales a propósito del papel de la ética como acompañamiento de los procesos de generación de conocimiento.

Los Dilemas Éticos como Referencia Político-analítica

Este texto pretende alertar sobre definiciones neutras de la ética que niegan las dimensiones de poder como origen de la necesidad de establecer ciertos arreglos colectivos para acompañar críticamente diferentes tipos de acciones sociales, como la investigación. Por ello continuamos la reflexión desde los dilemas éticos, incluso antes que desde el enunciado de los códigos de la ética.

Origen de algunos dilemas éticos en la investigación[1]

Por obvio que parezca, debemos empezar por señalar que los principales dilemas éticos de la investigación se dan entre dos actores o más que se enfrentan en los múltiples encuentros que permiten generar el conocimiento. Podemos afirmar que la persona que investiga y la persona investigada no necesariamente tienen cosmovisiones ni valoraciones morales similares; no podemos asumir tampoco que mantengan relaciones de poder semejantes ni que puedan negociar de la misma manera sus derechos en el encuentro que se presenta como punto de partida para una investigación. Ese tipo de desfases, de expectativas distintas y de roles diferenciales puede generar una multiplicidad de dilemas. En este sentido, los comités de ética intentan –de alguna forma y en diferentes contextos– cuidar que los dilemas éticos no sean tantos; sin embargo, a veces queda la impresión de que son estáticos y paralizan en su análisis ese encuentro que es objeto de investigación. Además, la mayor parte de estos comités busca evitar dilemas cuidando el actuar profesional de los investigadores, pero muy pocos trabajan en la vertiente de facilitar el empoderamiento por parte de las personas que son objeto de investigaciones, con la idea de facilitar, de alguna manera, una negociación del poder entre quien investiga y quien es investigado (Foucault, 1988).

Entre los principales dilemas éticos que se generan en investigación social, hallamos la falta de consideración de la opinión de las personas investigadas, la indefinición de los procedimientos para manejar los conflictos que la investigación pudiera generar y la tendencia a no explicitar la responsabilidad de quien investiga de efectuar una devolución de la información obtenida. También es importante asegurar que la información no sea utilizada en perjuicio de quienes la ofrecieron. Suele haber escasa práctica en la ponderación de los daños y beneficios posibles derivados de la investigación, también hay falta de rigor metodológico en el proceso de generación de inferencias a partir de la información obtenida, y pérdida de control sobre el uso que se hace de dicho conocimiento cuando se trata de generar diferentes tipos de acciones sociales que inciden sobre las poblaciones que fueron objeto de la investigación.

Otro de los conflictos surge cuando no se cuestionan las desigualdades sociales sino que se las utiliza incluso como recurso para seleccionar poblaciones de estudio, manteniendo, de alguna manera, dichas desigualdades.

Cualquiera de estos dilemas supone una concepción previa de lo aceptable en el entorno de la investigación. Ésta puede ser objeto de discusión multidisciplinaria pero también vuelve necesario visitar –aunque sea brevemente– el contexto en el que surgieron los códigos de ética en las disciplinas que tradicionalmente han investigado a la salud.

[1] Una discusión más amplia sobre este tema puede verse en Figueroa Perea, 2002a y 2002b.

El surgimiento de comités y códigos de ética

En 1947 fue definido el Código de Nüremberg. Dicho código ha sido el punto de partida para acordar ciertos lineamientos acerca de lo que se espera que sea controlado en un proceso de investigación. Dicho código no surgió porque un grupo de médicos, filósofos y éticos bien intencionados se pusieran a pensar qué bueno sería adoptar ciertos cuidados éticos; surgió de la existencia previa de abusos por parte de investigadores y de la percepción de que ello implicaba la violación de ciertos valores que se creía necesario defender.

Antes de definirse el Código de Nüremberg, tuvo lugar el Tribunal de Nüremberg, cuya intención fue la de juzgar a aquellos investigadores que hubieran abusado de las condiciones de los investigados durante la Segunda Guerra Mundial. Como se había llegado a 'ciertos extremos', se procuró emitir un juicio sobre las prácticas que se habían realizado, pero además se reconoció la necesidad de establecer un código que definiera ciertos cuidados éticos mínimos. Posteriormente, se desarrollaron otros que fueron actualizando los acuerdos iniciales, aunque manteniendo sus lineamientos originales. Una referencia básica es la Declaración de Helsinki de 1964, que ha tenido algunas actualizaciones (la más reciente, en el año 2000), el Informe Belmont[2] y algunos acuerdos que la Organización Mundial de la Salud ha establecido en colaboración con CIOMS (Council for International Organizations of Medical Sciences, 2002).[3]

Sin detallar su contenido, me interesa resaltar algunos de sus elementos para proponer analogías con las ciencias sociales. En el primer punto del Código de Nüremberg se cita el consentimiento informado como una condición básica: "Que toda persona que participe en un proyecto de investigación lo haga conscientemente, que sea informada y dé su consentimiento para ello". Una de las inquietudes éticas al investigar es: ¿cuándo sabemos que se cumplió el consentimiento informado?, ¿basta con que firme una persona?, ¿qué significa el hecho de que no sea una práctica común en los procesos de investigación social?

Otra condición que se propone es que las investigaciones no se hagan buscando conocimientos aleatorios o innecesarios. Es decir, que la búsqueda de información esté justificada precisamente por el conocimiento acumulado y no porque a alguien simplemente se le ocurra que sería interesante investigar sobre esta vertiente, especialmente cuando la investigación implique algún riesgo para la persona que acepta participar en ella.[4]

¿Procede alguna analogía en las ciencias sociales cuando se discute tan poco la noción de riesgos asociados al proceso de generar conocimiento?

---

[2] Una versión en español aparece publicada en Careaga, Figueroa & Mejía (1996).

[3] En México, la Ley General de Salud incluye un reglamento para orientar las labores de investigación alrededor de la salud.

[4] Es necesario explicitar diferentes paradigmas epistemológicos en el proceso de generar conocimiento. Creo que hace falta reflexionar de manera especial sobre lo que Popper (1983) sugiere sobre el falsacionismo y el criterio de poner a prueba el conocimiento acumulado (o profundizar en lo que yo llamaría 'desconocimiento acumulado'), como una justificación para seguir investigando sobre un tema determinado, en lugar de limitarlo a la 'acumulación de certezas'.

Algo interesante –que puede ser una obviedad y que quizás por eso no lo recordamos– es que sólo pueden investigar las personas calificadas para ello; es decir, ya que la investigación tiene ciertas complejidades, hay que estar entrenado para manejarlas. Esto no quiere decir que se descalifique a personas jóvenes que han empezado a investigar, pero sí se pide que si un investigador joven está iniciando un proceso de investigación, lo haga con el acompañamiento crítico de una persona entrenada, precisamente por el tipo de conflictos que pueden llegar a generarse: es necesario tener un apoyo especializado para poder enfrentarlos. Ello es más frecuente en la investigación clínica, ya que en el aspecto social suele trabajarse de manera más independiente desde la época de estudiante, aun cuando se trate de recolectar información.

El Código de Nüremberg también establece que no se debe exponer a las personas investigadas a riesgos inútiles, "excepto, quizá, cuando los investigadores sean sujetos de la investigación". Es decir, este código postula que los riesgos de ciertas investigaciones sólo se justifican si el mismo investigador es objeto de la investigación. El problema es que raramente el investigador se pone en el papel del investigado.

Además de lo mencionado anteriormente, en la Declaración de Helsinki se sugiere que toda investigación sea además, objeto de una evaluación independiente de la que hace el investigador; no es imaginable una lógica de investigadores aislados, sino con la referencia de la reflexión crítica de alguien que va a acompañar el proceso. Otro punto destacable de dicha declaración es que se busca que toda intervención reduzca al mínimo cualquier atentado contra la integridad física y mental de los investigados. Por eso se habla tanto de ponderar riesgos y beneficios de una investigación; si los riesgos no son superados con creces por los beneficios, la ética de un proyecto de investigación con esas características es muy cuestionable. Restaría analizar los posibles riesgos y beneficios que surgen del conocimiento generado en las ciencias sociales, así como de los procedimientos utilizados para generar información.

Otra contribución relevante desde las ciencias sociales lo constituye el caso de la investigación antropológica. Ésta ha propuesto la idea de 'devolución de la información', asumiendo que el proceso de generar conocimiento contribuye al ejercicio de poder por parte de quien investiga (al obtener información), por lo que se reconoce la necesidad de asegurar que quien es objeto de estudio, obtenga por ejemplo algún tipo de beneficio. Me pregunto si ¿habrá que retomar algo más de los cuidados identificados en la investigación social para dialogar con la experiencia clínica y biomédica?

Los Cuidados Éticos en la Investigación Social

Uno de los criterios que adoptamos para rastrear los cuidados éticos en la investigación social incluye la revisión de lo que se entiende por esta práctica.[5] A continuación presento

[5] Este apartado retoma ideas iniciadas en Figueroa Perea 2001a y 2002b.

algunas reflexiones al respecto, mientras que en las dos secciones siguientes lo diversificamos con algunas experiencias críticas identificadas por los mismos investigadores.

Existe una definición muy interesante que propone que la investigación es la reflexión ordenada, sistemática y crítica que permite generar conocimientos (Ander Egg, 1976). Pero si no cumple con estas tres características, me gustaría saber si lo que estamos haciendo será investigar; puede ocurrir que hagamos una reflexión muy ordenada, pero si no es crítica... quién sabe si es investigación. Lo opuesto a la crítica es lo dogmático: el ser dogmático en la lectura de la realidad impide ser crítico de nuestra propia lectura. El problema es que la mayor parte de las personas estamos educadas y socializadas para defender una única forma de ver la realidad, no para problematizarla ni para cuestionarla. Al contrario, estamos muy entrenados para descalificar al que piensa diferente a nosotros. Habría que pensar si los investigadores realmente hacemos una reflexión ordenada, sistemática y crítica que nos permita generar conocimiento.

Muchas veces se intenta garantizar el orden y la sistematización a través del rigor metodológico. Pero éste es avalado por la revisión de otros investigadores que, casi siempre, se han formado en la misma tradición epistemológica de quien aborda el objeto de la investigación.

Lo crítico requiere una revisión cuidadosa de los supuestos conceptuales y de los recursos analíticos utilizados al desarrollar un proceso de recolección de información. A la larga, éstos condicionarán las posibilidades de interpretación del fenómeno de estudio.

Dado que se procura evitar reduccionismos en la interpretación y en la elaboración de hipótesis que guíen la investigación, es necesario recurrir al diálogo documental o personal con posturas que no necesariamente son afines a la aquella postura que se privilegia para la investigación. No se trata de llegar a un consenso con otras interpretaciones, pero sí de poder tomar distancia de la propia.

Ahora, si bien el carácter ordenado y sistemático de una reflexión puede –en efecto– generar conocimiento, éste será siempre un conocimiento limitado como ocurre en todo proceso de investigación. Sin embargo, tendrá repercusiones de carácter ético sobre los derechos de los investigados así como también sobre la responsabilidad de los investigadores cuando dicho conocimiento alimente la intervención sobre ciertos ámbitos de la realidad y, en particular, sobre la salud, es decir, sobre una búsqueda de bienestar físico, psicológico y social (parafraseando a la Organización Mundial de la Salud), interpretada como derecho, necesidad y responsabilidad de los individuos (Lolas, 1999; Figueroa Perea Sánchez, 1999).

La salud suele ser entendida como un bien a ser alcanzado. Entonces, será necesario cuestionar si todo conocimiento que pretenda documentar aspectos del proceso salud/enfermedad es necesariamente bueno en sí mismo; es decir, si la justificación de 'ver por la salud' es razón suficiente para aceptar el desarrollo de un proceso de investigación, independientemen-

te de la cuestión de sus posibles reduccionismos, de la metodología utilizada, de los medios utilizados para obtener la información, del uso que se hará de la información obtenida y del acceso que las personas que contribuyeron a la generación de la información tengan a los resultados luego de compartir su experiencia personal.

Es frecuente afirmar que la información generada en la investigación "será compartida con los tomadores de decisiones"; sin embargo, esta expresión suele incluir a los coordinadores de programas, a los definidores de políticas y en menor medida a las personas cuya salud es objeto de atención. Dichas personas podrían ganar poder a través del conocimiento generado con la información proporcionada por las investigaciones y enriquecida obviamente con el trabajo de interpretación, sistematización y reflexión crítica de los investigadores. Sin embargo, es necesario recordar que muchos criterios de evaluación académica no le dan un papel relevante a 'la devolución de la información' pero sí a la publicación de resultados en revistas y libros especializados, los cuales no necesariamente son consultados por 'tomadores de decisiones' en el nivel macro (programas y políticas) o en el nivel micro (titulares de derechos humanos).

En esta vertiente de reflexión es necesario recordar que el conocimiento muchas veces cumple con el carácter de excelencia desde el punto de vista académico, pero que su función se restringe cuando se lo evalúa desde la noción de pertinencia del mismo (Frenk, 1987). Con ello se dificulta su aplicación, tanto por parte de quienes actúan en políticas y programas de salud como de quienes viven cotidianamente su salud como una necesidad, como una búsqueda de bienestar y, potencialmente, como un objeto de investigación por parte de otros. No se trata de restringir el conocimiento a lo aplicable dejando de lado lo teórico, sino de constatar la relevancia de incursionar en la noción de responsabilidades dentro del proceso de la investigación, en función de eso que los investigadores sociales identifican como parte de su quehacer cotidiano.

Una Experiencia Personal con Dilemas Éticos de los Investigadores Sociales

Durante la segunda mitad de la década pasada, llevamos a cabo tres talleres con investigadores sociales, dedicados a identificar algunos de sus dilemas éticos durante el proceso de recolección de información y de generación de conocimiento en los ámbitos de la sexualidad y salud reproductiva. Estas reuniones tuvieron lugar en espacios académicos de tres países (Argentina, Brasil y México) en los cuales no se buscaba evaluar de ninguna forma a los participantes, sino estimular un diálogo solidario y constructivo sobre dilemas vividos en su trayectoria laboral (Macklin et al., 2001). En algunos casos, el mismo taller sirvió para que se hicieran explícitas algunas situaciones críticas que no se habían identificado como dilemas éticos, ya fuera por no estar familiarizados con este tipo de reflexión filosófica y normativa, o bien porque se identificaban diferentes prácticas como naturales, obvias e incuestionables al investigar en ciencias sociales, pero que se empezaban a interpretar de manera distinta una vez que se establecía un diálogo con los criterios de acompañamiento ético de las disciplinas clínicas y biomédicas.

En otro contexto laboral en México y como parte de un comité de ética, intentamos que la presentación de proyectos de investigación se acompañara de información sobre algunos dilemas éticos vividos por las personas que estaban sometiendo sus trabajos a la evaluación ética, hecha de manera paralela a la metodológica, conceptual y teórica de las investigaciones. Siendo una institución cercana a la biomedicina pero con la presencia de investigadores sociales (en particular, psicólogos), pensamos que sería un espacio multidisciplinario más sensible a este tipo de reflexiones. Sin embargo, varios investigadores consultados comentaron que el reconocer sus dilemas éticos podía poner en riesgo el proyecto de investigación a ser aceptado/aprobado, al margen de que nuestro propósito como comité era identificar dilemas y dialogar sobre los mismos de manera conjunta. Nos preguntamos si se silencian los dilemas porque no se perciben como tales, porque no se cree necesario socializarlos (ya que son asuntos personales), porque se resuelven individualmente, porque no conviene reconocer fragilidades y dudas como investigador, o bien porque se pone en riesgo la aceptación de la investigación.

Algo análogo ocurre en la evaluación de proyectos de investigación sobre salud reproductiva provenientes de países de varias regiones del mundo y que se presentan al comité de ciencias sociales de la Organización Mundial de la Salud (organización de la que fui miembro durante tres años). Al margen de que se comparte información y se detallan los diferentes componentes metodológicos, conceptuales y operativos de los proyectos de investigación que buscan ser financiados, cuando se trata de llenar el apartado/capítulo de las 'consideraciones éticas', es muy frecuente que se conteste "no procede" sin argumentar la razón de ello y a pesar de que la lectura de las características del proyecto permitan vislumbrar problemas éticos desde lecturas alternativas de los mismos, como la forma de seleccionar la población de estudio, el procedimiento para obtener información y los riesgos asociados a la investigación, entre otros. Otra respuesta frecuente en el apartado de consideraciones éticas es que en la institución a la que pertenece el investigador o incluso en el país de procedencia "ello no se acostumbra", con lo cual pareciera quedar eximido de cumplir ese requisito. Una duda que suele emerger en estos comités de evaluación es si los cuidados éticos son tan relativos que dependen de la institución o país, a diferencia de asumir que ello está asociado a las características del objeto de estudio y a los procedimientos específicos de generación de información.

No obstante, cuando se han generalizado los códigos y comités de ética en ciertos países (como los del hemisferio Norte) y en ciertos espacios disciplinarios (como los clínicos y biomédicos), una duda adicional es si se incrementa el riesgo de algún tipo de imperialismo ético o de imposición unilateral al exigir o recomendar el uso de la evaluación ética en las ciencias sociales, al margen de las buenas intenciones. Ello es más evidente cuando este requisito surge de organismos que financian proyectos de investigación y cuando tal vez los investigadores lo cumplan de manera forzada con el propósito inicial de conseguir el financiamiento, pero no necesariamente introyectando las múltiples dimensiones del acompañamiento ético de los proyectos, como puede ser el transmitirle a quienes aceptan participar en una investigación que pueden retirarse de la misma en el momento que quieran, o bien que tienen derecho a recibir

información comprensible sobre la investigación y también a que su privacidad y confidencialidad sean respetadas por quien investiga.

Algunos Dilemas Percibidos y Vividos por Investigadoras Sociales

Nos llamó la atención que en los tres talleres realizados con investigadores latinoamericanos (a los que aludimos anteriormente) fuera redundante la referencia a problemas éticos de privacidad y confidencialidad (en mujeres embarazadas que viven con VIH-Sida, en adolescentes y en personas realizando conductas ilícitas, como lo es el aborto en algunos contextos sociales), a la par que hubiera dudas constantes sobre las obligaciones legales, morales y sociales de quienes investigan. Ello no se limita a la confidencia asegurada a las personas investigadas, sino que también incluye la percepción de los investigadores sobre las responsabilidades sociales que les corresponden respecto al cambio social y a la independencia política e ideológica de su trabajo (ver sección II de Macklin et al., 2001).

Resulta relevante destacar los dilemas éticos compartidos por dos investigadoras brasileñas dedicadas a las ciencias sociales (una socióloga y una antropóloga) en el marco de estos talleres, ya que una de ellas (Oliveira, 2001) alude a la "coerción simbólica" ejercida por quien entrevista. Esto lleva a dicha investigadora a señalar que por la jerarquía simbólica entre entrevistado-entrevistador, "seguramente a muchas personas que entrevisté, ni se les pasó por la cabeza rechazar una conversación" (Oliveira, 2001:79). Oliveira señala que en la mayoría de las ocasiones lleva a cabo entrevistas con personas de clase o camadas sociales inferiores a la suya, mientras que su experiencia al entrevistar a empresarios fue muy diferente y más difícil.

La investigadora no lo señala como algo malo o criticable en sí mismo, pero sí afirma que "el espacio de la negociación (entre entrevistador y entrevistado) queda muy restringido o simplemente no existe" (Oliveira, 2001:79). No se trata tampoco de una postura paternalista que minimice la capacidad de quien acepta la entrevista, en términos de rechazarla o de interrumpirla si así lo quisiera; más bien, la investigadora alude al peso tan relevante de la jerarquía y autoridad que se le reconoce a quien investiga, o bien "a quien sabe presentar su presencia como relevante" (el añadido es mío). Incluso, la investigadora se cuestiona si existe algún límite para su curiosidad de investigadora y si existirían términos para hablar de un intercambio aceptable, cuando se reflexiona poco sobre el sentido de una posible reciprocidad (con respecto a la persona investigada), "algo de gran relevancia en entrevistas muy íntimas o que dejan agotada a la persona, al vivirlo como una invasión en su privacidad, aunque ello haya sido consentido de antemano" (Oliveira, 2001:80).

En este tenor, Leal (2001) retoma los cuidados éticos de la Asociación Brasileña de Antropología (ABA), precisamente por reconocer que la antropología genera conocimiento a través de presencias de larga duración y generalmente de tipo invasivo. La autora destaca lo interesante que resulta "buscar códigos éticos normativos y en cierta medida universalizantes dentro de una disciplina que se propone ser esencialmente relativista" (Leal, 2001:81). Al presentar el

código de ética de ABA (1989), destaca los derechos de los antropólogos, pero también los derechos de las poblaciones que son objeto de la investigación. Entre estos últimos nos interesa destacar "el derecho a la preservación de su intimidad de acuerdo con sus patrones culturales", "el derecho a rechazar la participación en una investigación" y "el derecho al acceso a los resultados de la investigación" (Leal, 2001:82). Una de las responsabilidades de los antropólogos es "realizar el trabajo dentro de los cánones de la objetividad y el rigor, inherentes a la práctica científica" (Leal, 2001:82). Una pregunta que nos hacemos es si estas afirmaciones son autoevidentes y si basta que los investigadores las evalúen de acuerdo a sus parámetros culturales, o bien si la población de donde emergen los investigados tendría algo que aportar al respecto, en especial respecto a sus derechos.

La autora cuestiona algunas prácticas que se permiten de acuerdo a los códigos éticos de ciertos contextos o disciplinas, como el hecho de cambiar nombres y 'engañar' al investigado (*role playing*) para asegurar 'mayor objetividad', lo que no es aceptable en códigos antropológicos. Incluso comenta un caso en el que las diferencias culturales y legales entre investigadores llevaron a prohibir que se documenten ciertas prácticas como la zoofilia y el bestialismo, ya que en algunos contextos son calificados como delitos, mientras que en otros son prácticas que se documentan regularmente, ya que de acuerdo a 'los patrones culturales' de la población incluso se celebran públicamente. Por ello, Leal sugiere que "lo fundamental en términos de las normas y procedimientos (éticos) no es su rigidez, sino la capacidad de evaluar situaciones teniendo un ideal acerca de lo que es moral" (Leal, 2001:82-83). Creo que una opción para ello sería documentar los procesos mismos de investigación, así como la forma en que se viven las normas morales en contextos heterogéneos tanto de los investigadores como entre la población de estudio.

Algunas Propuestas para Contrarrestar Dilemas Éticos

En este último apartado me interesa comentar algunos de los recursos que se han identificado para el análisis y vigilancia de los dilemas éticos en la investigación, la mayor parte de las veces en investigación médica pero con posibles analogías para la investigación social. Los tres más conocidos son los códigos de ética, la formación ética de los investigadores y la integración de comités de ética (Figueroa Perea, 2002b). En otra vertiente está el proceso de empoderamiento de las personas que participan en las investigaciones (Figueroa Perea, 2001a). Me interesa profundizar en este último tema y hacer una referencia general a otro recurso de tipo teórico-metodológico, como lo es la propuesta de esquemas de análisis ético de la investigación (Figueroa Perea, 2002a).

Reacciones institucionales ante los dilemas éticos de la investigación

¿Cuáles son los recursos usados para contrarrestar los dilemas éticos? Identifico básicamente cuatro vertientes aunque la cuarta es muy incipiente: la primera es hacer declaraciones de principios que le den forma a códigos éticos, para definir lo permitido en la investigación

en función de su objeto de estudio y confiar que con ello se disminuirán los conflictos. Existen múltiples declaraciones de principios, como la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Código de Nuremberg, la Declaración de Helsinki y muchos documentos más, ligados a disciplinas o a gremios en contextos determinados. Éstos son de gran utilidad, pero si nos limitamos a ello sería pensar que vamos a ser cívicos nada más que porque existe la Constitución y la Declaración de los Derechos Humanos. Si bien creo que ayudan mucho como referencia, la experiencia muestra que no bastan.

Una segunda posibilidad es a través de la capacitación ética de los mismos investigadores, con el fin de enriquecer sus referentes morales y confiar en que siempre que van a investigar lo harán con buena voluntad, bien intencionados y sin interés de manipular ni a la persona investigada ni el proceso para generar conocimiento. Sin embargo, confiar en la buena voluntad de las personas nunca ha sido suficiente; siempre hay necesidad del acompañamiento crítico, pero esto no minimiza la necesidad de reforzar esta capacitación curricular.

El tercer recurso que se ha institucionalizado consiste en hacer un acompañamiento crítico de la investigación a través de cuerpos colegiados, como son los comités de ética. Lo que se pretende es que los dilemas éticos en la investigación sean reducidos al mínimo a través de un acompañamiento crítico de la investigación. Si bien es un avance, el proceso requiere todavía de múltiples precisiones en función del tema en estudio, de los contextos en donde se aplica y de la complejidad de darle seguimiento a las diferentes etapas de los proyectos.

Sin embargo, cualquiera de estas tres propuestas está centrada en que los investigadores se cuidan a sí mismos; es decir, suelen darle poca presencia activa a los investigados.

La cuarta propuesta, que casi no aparece en los diferentes códigos y comités de ética, es estimular trabajos sistemáticos que contribuyan a empoderar a los individuos que son objeto de la investigación. Los investigadores cuentan con múltiples recursos con el fin de prepararse para el encuentro que es objeto de la investigación; no obstante, una pregunta más que quiero comentar es si la persona objeto de la investigación tiene derecho a contar con recursos para negociar con el investigador el mismo encuentro que los vincula. Es decir, ¿no tiene acaso el derecho de ejercer poder y de ir adquiriéndolo durante el proceso de la misma investigación?, ¿no tendría necesidad de un espacio para prepararse con vistas al encuentro que es punto de partida de las investigaciones? Quien haya estado cerca de cualquier práctica médica sabrá que existen folletos sobre los derechos de los pacientes. Sin embargo, es difícil imaginarse, aunque hay ciertos ejercicios, que hubiera un manual para el posible investigado. No obstante, cuando una persona sabe sobre sus derechos, puede llegar a negociar de manera distinta con el investigador.[6]

Este cuarto recurso busca contribuir al empoderamiento de los sujetos que son objeto de la investigación; es decir, incrementar en ellos las potencialidades para poder negociar con los investigadores, a la vez que desmitificar la figura de los investigadores y que ellos mismos se cuestionen la autoridad moral que tienen para realizar su investigación.

El empoderamiento de los investigados como alternativa

Es importante aclarar que no se propone una concepción del conocimiento en donde sólo se permite investigar sobre aquello que beneficia a la población de manera inmediata, pero sí reconocemos la necesidad de explicitar y ponderar los riesgos y beneficios sociales, individuales y de carácter académico, aunque sean exploratorios, que tienen como posibilidad los procesos de investigación en los que se invita a participar a individuos específicos. Paralelo a ello, es necesario reconocer el altruismo en la investigación, en donde los investigados acepten participar porque creen en el proceso de investigación, ya sea por la autoridad moral de los investigadores de la institución o por reconocer la relevancia del tema que es objeto de investigación (Sánchez, et al., 2001). Para ello, es necesario conocer el entorno social en el que se desarrolla la cotidianidad de los investigados. Es obvio que el investigador no es responsable de dicho entorno, pero sí puede llegar a aprovechar las relaciones de dependencia en las que se halla inmersa la persona informante con el fin de conseguir lo que necesita como materia prima de su trabajo: la información.

En este sentido, existe una lectura poco crítica del sentido de la confidencialidad como un compromiso de la investigación. Se enfatiza lo que llamaría una 'interpretación pasiva' de guardar un secreto en lugar de una postura más activa, en donde el investigador y la comunidad académica de la que forma parte asumen un compromiso como confidentes del investigado, en el sentido social del término. Es decir, no ser indiferentes al tema sobre el que se investiga ni respecto al contexto de la persona que les permite investigarlo.

Estoy convencido (y me gustaría discutirlo colectivamente) de la repercusión tan relevante que puede tener el empoderamiento de los investigados, por ejemplo, si se asegura (entre otras dimensiones) una 'devolución significativa' de la información, ya que con ello se estimularía una toma de distancia sobre la cotidianidad y sobre los componentes que han venido legitimando ancestralmente las desigualdades y problemáticas que son objeto de investigación en las ciencias sociales. Me parece que el proceso de dialogar sobre un tema puede ofrecerle recursos a la persona para interpretarlo, para comprenderlo y no necesariamente con la respuesta inmediata del investigador, pero sí posiblemente con las referencias a otras personas o instituciones apropiadas, identificadas a partir del encuentro que posibilita la investigación.

Me parece necesario reflexionar sobre el sentido de nombrar la realidad en ritmos que concilian necesidades y dinámicas de investigadores e investigados, reconociendo la diferencia entre el silencio impuesto y el buscado o elegido (Roitman Rosenmann, 2002), en un contexto de investigación más democrático que reconoce la capacidad y el derecho de toda persona a participar en este proceso de transformación de su cotidianidad. Con ello, la investigación podría

[6] En el Instituto Nacional de Perinatología de México existe un folleto dirigido a su población cautiva (y que potencialmente participa en proyectos de investigación) con el fin de que sepa que es muy probable que sean invitados a participar en estudios, y por ende que conviene saber que su participación no es obligatoria, que además pueden demandar información y que su decisión no tendrá consecuencias negativas en los servicios de salud que reciben en este lugar. La idea es que los pacientes de esta institución conozcan dicho folleto desde el momento en que son aceptados como población que recibirá servicios de salud y antes de que sean invitados a participar en un proyecto de investigación.

adquirir una nueva dimensión política, tanto en su diseño como en sus criterios de evaluación. En otro texto de mi autoría (Figueroa Perea, 2003), ejemplifico una estrategia específica –aunque indirecta– de empoderamiento de los investigados a través de la incorporación de acciones afirmativas –de género– dentro de los criterios de evaluación de la investigación.

Análisis ético del proceso de la investigación como estrategia

Además de la propuesta anterior, he incursionado en procesos de análisis ético de los diferentes momentos de la investigación, como una estrategia más sistemática de conocimiento y documentación de algunos de los intercambios simbólicos y de poder que se dan al investigar. En un texto previo incorporé un esquema de análisis que busca evidenciar supuestos detrás de diferentes soluciones a dilemas éticos (Figueroa Perea, 1996). Esta opción consiste en analizar sistemáticamente el tipo de participación de los individuos titulares de derechos en la definición de las normas utilizadas para resolver problemas sociales que les afectan. Se incluye además una diferenciación en la forma en que las acciones sociales afectan a hombres y mujeres, por lo que socialmente representa ser de uno u otro sexo (Lamas, 1994).

Este esquema de análisis ético contempla la identificación de: a) el dilema detallando los conflictos existentes y las posibles vertientes de solución que entran en tensión; b) los actores y la población afectada por el conflicto, así como la población afectada por el conflicto que no lo percibe como tal; c) las diferencias de género en la forma en que la población es afectada por el conflicto; d) los principios o supuestos éticos que entran en tensión al generarse el conflicto y los riesgos de no respetarlos por omisiones, abusos, ambivalencias o por confusiones y manipulaciones en el lenguaje; e) las opciones factibles de solución y los personajes partícipes en dicho proceso; f) las diferencias de género en la forma en que la población participa en la solución de los conflictos; g) las condiciones de posibilidad para la puesta en práctica de nuevas soluciones y para la participación de las diferentes personas que se reconocen como actores afectados por los dilemas; h) los problemas metodológicos sobre los que valdría la pena seguir investigando con el fin de enriquecer el análisis; y finalmente i) los problemas éticos sobre los que es necesario seguir discutiendo, por el hecho de existir respuestas incompletas y sin un consenso general para su tratamiento, en particular porque se desconoce el punto de vista de algunas de las personas afectadas por los dilemas (Figueroa Perea, 1996).

Este esquema busca darle un mayor dinamismo e historicidad a la evaluación de diferentes intervenciones sociales que repercuten en dinamismos sobre los cuales los 'no especialistas' tienen también el derecho de decidir. Además, permite mostrar desigualdades sociales y de género presentes en las intervenciones sociales a la par que desmitifica a las autoridades institucionales, en tanto únicos autores de los lineamientos a seguir ante situaciones críticas que les afectan a quienes aceptan participar en proyectos que los toman como objeto de análisis. Originalmente lo utilizamos para evaluar éticamente programas dirigidos a adolescentes (Figueroa Perea, 1999; Figueroa Perea y Rodríguez, 2000), si bien después desarrollamos algunas analogías con la investigación social sobre salud (Figueroa Perea, 2002a).

Para concluir, podemos afirmar que una de las formas de contrarrestar atentados a la ética o a los derechos humanos de los investigados consiste en reforzar la justificación ética de cualquier proceso de intervención, incluyendo la revisión del conocimiento acumulado sobre la intervención en cuestión, la capacidad técnica de quienes intervienen y la aceptación potencial de la población sobre la que se interviene. Ello es factible a partir del conocimiento de la misma – resultado de diferentes investigaciones –, combinado con la participación directa de los posibles afectados o beneficiados, con el fin de evitar actitudes paternalistas, pero a la vez evitando forzar un diálogo en un lenguaje desconocido por una de las partes, ya que lo invalida como tal.[7]

Releyendo a Freire (1973) podemos afirmar que una manera de empoderarse es tomando distancia de la cotidianidad al nombrarla, relatarla y describirla, ya que eso posibilita resignificarla. En esta lógica, Hita (1998:208) afirma que "el lenguaje puede convertirse en un recurso para construir un sentido de sí mismo, una vez que emergen de la propia historia contada los significados que uno le da a la misma". Creo que es factible construir un espacio de investigación más democrático en la medida en que se facilite un 'diálogo' en donde ambos interlocutores de la investigación reconocen sus respectivas capacidades de negociar los significados de aquello que los vincula. Keijzer (2001) señala que "para negociar se necesitan dos" y creo que ello procede también al desarrollar procesos de investigación. Sin embargo, ¿será posible asegurarlo en las ciencias sociales sin necesidad de cuidados éticos explícitos, o bien es hora de discutirlos y construirlos colectivamente?

Referencias Bibliográficas

ANDER-EGG, E. *Introducción a las Técnicas de Investigación Social.* Buenos Aires: Editorial Humanitas, 1976.

COUNCIL FOR INTERNATIONAL ORGANIZATIONS OF MEDICAL SCIENCES. *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects.* Ginebra: World Health Organization & Cioms, 2002.

FIGUEROA PEREA, J. G. *Un apunte sobre ética y derechos reproductivos.* In: REYES, E. (Ed.) *Salud Reproductiva: nuevos desafíos.* Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1996.

FIGUEROA PEREA, J. G. Propuesta para incorporar la evaluación de la ética de los programas para adolescentes. In: GARCÍA NÚÑEZ, J. & ALBERTS, A. *Guía para la Evaluación de Impacto de Programas y Proyectos en Salud Sexual y Reproductiva Destinados a Adolescentes Escolarizados.* Santiago de Chile: Fondo de Población de las Naciones Unidas, 1999.

FIGUEROA PEREA, J. G. Apuntes sobre los derechos de los investigadores y de los investigados en los procesos de generación de información. In: MACKLIN, F. et al. *Ética, Investigación y Ciencias Sociales.* México: El Colegio de México, 2001a. (Colección de documentos de trabajo, 8, Programa de Salud Reproductiva y Sociedad)

FIGUEROA PEREA, J. G. Algunas dimensiones éticas en la investigación social sobre sexualidad. In: MACKLIN, F. et al. *Ética, Investigación y Ciencias Sociales.* México, El Colegio de México, 2001b. (Colección de documentos de trabajo, 8, Programa de Salud Reproductiva y Sociedad)

[7] En otros textos he elaborado propuestas para repensar el sentido de la devolución de la información (Figueroa, 2001b) y para profundizar en las responsabilidades de los investigadores, sin dejar de lado sus derechos (Figueroa Perea, 2001a).

FIGUEROA PEREA, J. G. Elementos para analizar dilemas éticos generados en la investigación cualitativa sobre salud reproductiva. In: MERCADO, F.; GASTALDO, D. & CALDERÓN, C. (Comps.) *Investigación Cualitativa en Salud en Iberoamérica*. México: Universidades de Guadalajara, Nuevo León y San Luis Potosí, 2002a.

FIGUEROA PEREA, J. G. Algunos dilemas éticos en la investigación con seres humanos. *Cuadernos de Nutrición*, 25(2):67-78, 2002b.

FIGUEROA PEREA, J. G. La evaluación ética de proyectos de investigación desde una perspectiva de género. *Revista Mexicana de Bioética*, año 1, 1:65-77, 2003.

FIGUEROA PEREA, J. G. & RODRÍGUEZ, Y. Programas de salud y educación para población adolescente: una evaluación ética. *Perspectivas Bioéticas*, 10:101-119, 2000.

FIGUEROA PEREA, J. G. & SÁNCHEZ, V. Algunas reflexiones sobre ética, derechos humanos y salud. In: BRONFMAN, M & CASTRO, R. (Coords.) *Salud, Cambio Social y Política: perspectivas desde América Latina*. México: Edamex, Instituto Nacional de Salud Pública, 1999.

FOUCAULT, M. El sujeto y el poder. *Revista Mexicana de Sociología*, año 50, (3):3-20, 1998.

FREIRE, P. *Pedagogía del Oprimido*. México: Siglo Veintiuno Editores, 1973.

FRENK, J. De la pertinencia a la excelencia: dilemas de la investigación en el sector público. *Ciencia*, 38:169-178, 1987.

HITA, M. G. Identidade feminina e nervoso: crises e trajetórias. In: ALVES P. C. & RABELO M. C. (Orgs.) *Antropologia da Saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1998.

INFORME BELMONT. Principios éticos y normas para la protección de los seres humanos durante investigaciones científicas. In: CAREAGA, G.; FIGUEROA PEREA J. G. & MEJÍA, M. C. (Comps.) *Ética y Salud Reproductiva*. México: Unam, Porrúa, 1996.

KEIJZER, B. de. Para negociar se necesitan dos: procesos de interacción en la pareja con énfasis en la crianza, una aproximación crítica desde lo masculino. In: FIGUEROA PEREA, J. G. (Coord.) *Elementos para un Análisis Ético de la Reproducción*. México, D.F.: Editorial Porrúa, Universidad Nacional Autónoma de México, 2001.

LAMAS, M. El problema de la igualdad entre los sexos. *Enciclopedia de la Sexualidad*. México: Consejo Nacional de Población & Editorial Porrúa, 1994.

LEAL, O. F. Antropología y cuestiones de ética en la investigación de campo. In: MACKLIN, F. et al. *Ética, Investigación y Ciencias Sociales*. México, El Colegio de México, 2001. (Documentos de trabajo, 8, Programa de Salud Reproductiva y Sociedad)

LOLAS, F. Derechos humanos y salud: consideraciones bioéticas. In: BRONFMAN, M. & CASTRO, R. (Coords.) *Salud, Cambio Social y Política: perspectivas desde América Latina*. México: Edamex, Instituto Nacional de Salud Pública, 1999.

MACKLIN, F. et al. *Ética, Investigación y Ciencias Sociales*. México, El Colegio de México, 2001. (Colección de documentos de trabajo, 8, Programa de Salud Reproductiva y Sociedad)

MURPHY, T. *Gay Ethics: controversies in outing civil rights, and sexual science*. New York: Harrington Park Press, Inc., 1994.

OLIVEIRA, M. C. de. Desigualdades en las relaciones entre investigadoras y sujetos de investigación. In: MACKLIN, F. et al. *Ética, Investigación y Ciencias Sociales*. México, El Colegio de México, 2001. (Colección de documentos de trabajo, 8, Programa de Salud Reproductiva y Sociedad)

POPPER, K. *The Logic of Scientific Knowledge*. London: Hutchinson, 1983.

ROITMAN ROSENMANN, M. Silencio democrático y libertad de expresión. *La Jornada*, 24:15, dic. 2002.

SÁNCHEZ, S. et al. Informed consent procedures: responsibilities of researchers in developing countries. *Bioethics*, 15(5-6):398-412, 2001.

SÁNCHEZ VÁZQUEZ, A. *Ética*. México: Tratados y Manuales Grijalbo, 1982.

SHERWIN, S. Ética, ética femenina y ética feminista. In: CAREAGA, G.; FIGUEROA PEREA J. G. & MEJÍA, M. C. (Comps.) *Ética y Salud Reproductiva*. México: Unam, Porrúa, 1996.

5. CLASSES POPULARES, APOIO SOCIAL E EMOÇÃO:

PROPONDO UM DEBATE SOBRE RELIGIÃO E SAÚDE NO BRASIL

Victor Vincent Valla

Apesar da vitória das forças progressistas nas eleições presidenciais em outubro de 2002, as propostas de crescimento econômico e reformas sociais são feitas num contexto latino-americano que dá pouca razão para um otimismo quanto ao futuro próximo: desemprego em alta, corrosão do poder de compra do salário e do valor internacional da moeda e refluxo radical no investimento (Mota, 2003). Mesmo que haja um crescimento econômico, com produção e exportação maiores, isso não significa necessariamente melhores condições de vida para as classes populares. Dentro do que se chama de modelo 'capitalista técnico-científico', que se vale de uma tecnologia poupadora de mão-de-obra – automação juntamente com uma informática que se modifica com mais rapidez todo ano –, está sendo gestado o que alguns chamam de desemprego estrutural. Isso significa que quando muitos perdem seus empregos, não são necessariamente substituídos por outros trabalhadores, mas que as vagas até então ocupadas desaparecem.

Tende, então, a crescer o número de homens que não têm acesso a um emprego. Não entram em discussão termos como "preguiça", "fazer um esforço para achar um emprego", pois simplesmente não existem mais empregos com garantias sociais de saúde, férias, horas extras para um grande número de brasileiros ou, se se quiser, latino-americanos. Até um trabalho remunerado, mas sem garantias sociais, está ficando raro, o que faz com que seu valor tenda a ficar baixo.

Se até hoje ouvimos os pobres dizendo que dificilmente sua situação mudaria durante sua vida, atualmente cresce o número de intelectuais e pesquisadores que começam a concordar com esse quadro nada promissor. Hoje, essa situação tem um nome: miséria radical, e não há evidências de que a situação dos pobres se modificará, principalmente num país onde o governo federal utiliza 65% do Produto Interno Bruto para pagar a dívida externa. Num debate recente, uma secretária municipal de Educação de um governo do Partido dos Trabalhadores explicou para uma platéia de alunos por que os mandatos do PT eram tão premiados pela Unesco. A explicação estava no fato de que os governos petistas sabiam melhor desconcentrar a miséria e distribuir a pobreza, mas não eliminá-la.

Instrumentos históricos como a 'revolução' ou a 'transição para o socialismo' tendem a ser vistos como quase impossíveis, devido à hegemonia norte-americana na economia e no campo militar. Alguns analistas políticos vêem a Guerra do Golfo, mais do que o gesto de defender o Kuwait contra a agressão do Iraque, como uma demonstração de força do governo norte-americano num mundo sem a União Soviética (Goulart, 2003). Outros entendem que o Plano Colômbia não seria apenas uma proposta militar norte-americana para tentar abafar o movimento dos exércitos revolucionários na Colômbia, mas um ponto de partida para a 'internacionalização' da Amazônia e um controle maior sobre as economias e vidas políticas dos países latino-americanas por intermédio do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional.

A análise da conjuntura atual não pode, assim, ser vista apenas como um convite ao pessimismo, mas sim como um alerta para o fato de que as mudanças que vão ocorrer na sociedade latino-americana, e em particular para nós, têm que ser pensadas neste contexto e não no contexto que gostaríamos que se apresentasse. E para a convicção, juntamente com professor Milton Santos, de que a saída dessa crise passa justamente pelas classes populares. Conhecido mundialmente como um dos mais importantes cientistas do mundo, esse brasileiro fez, em 1999, a seguinte afirmação numa palestra na Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz: "Na reconstrução do Brasil, cabe a crença que o caminho a ser seguido vai ser indicado pelas classes populares".

Os Limites da Saúde Pública na Conjuntura Atual

À luz dessa discussão, podemos tentar pensar o quadro da saúde pública do país e as condições de saúde das classes populares. Certamente, a vasta rede de saúde pública – de centros municipais de saúde e de hospitais públicos – é de importância fundamental para as condições de vida das classes populares. A demanda, no entanto, é tão grande, que questões como o acesso aos serviços e a resolubilidade dos problemas fazem com que as consultas durem aproximadamente cinco minutos. E, por essa razão, os profissionais têm condições limitadas de se dedicar a um problema que vem sendo levado pelas classes populares aos serviços de saúde. Trata-se de uma queixa identificada com o nome de "sofrimento difuso". Alguns profissionais comentam que, de cada dez pacientes, seis trazem a queixa do sofrimento difuso. Certamente não é uma queixa nova, mas algo que está crescendo no país. Uma queixa sobre dores de cabeça, dores em outros locais do corpo, medo, ansiedade – sintomas para cujo tratamento o sistema de saúde não dispõe nem de tempo, nem de recursos. O resultado é a medicalização do problema. Na Argentina, a doutora Sylvia Bermann (1995) constata que mais de 50% dos medicamentos indicados são psicofármacos, e alguns especialistas calculam que a porcentagem é mais alta no Brasil – para tratar o que as classes altas e médias chamam de ansiedade ou estresse, e as classes populares de "nervos".

Há, então, determinados limites do alcance do sistema de saúde pública, que fazem com que a população vá buscando saídas para as suas queixas. É como diz professora

Madel T. Luz: (1996): ninguém, na realidade, está satisfeito com os serviços de saúde – sejam públicos ou privados –, mas as classes altas e médias têm mais acesso a recursos para lidar com suas queixas.

Apoio Social e Saúde

Nos Estados Unidos e nos países da Europa, problemas semelhantes vêm ocorrendo há alguns anos. Alguns profissionais norte-americanos, preocupados com as queixas da população sobre sua insatisfação com os serviços públicos de saúde naquele país, vêm desenvolvendo experiências e investigações sobre outras concepções da relação entre saúde e doença. Pois o atual modelo biomédico, hegemônico nos Estados Unidos e no Brasil, tem sua origem na descoberta de como lidar com doenças surgidas a partir de infecções e superá-las. E como todos sabem, com muito sucesso. O problema, como Ivan Ilich (1975) constatou anos atrás, é que a medicalização da infecção acabou sendo o caminho apontado para muitas queixas, produzindo o que alguns chamam hoje de 'medicalização da sociedade', sem necessariamente resolver problemas como o do sofrimento difuso. Na tentativa de solucionar esse problema, foram levantadas algumas hipóteses, e uma delas é que a origem das doenças, num primeiro momento, estaria muito mais relacionada com as emoções do que com as bactérias ou os vírus. Goleman (1999) afirma que, segundo a tradição budista tibetana, a doença surge a partir de um desequilíbrio no corpo psicofísico produzido por emoções conflitantes como a raiva ou a ganância.

O raciocínio desenvolvido é que uma relação desequilibrada entre os homens e o meio ambiente (entendendo-se que os homens também fazem parte do meio ambiente) seria o responsável pelo surgimento da doença. Mais do que com uma entrada no corpo humano de uma bactéria ou um vírus, o início de uma doença estaria relacionado com uma reação emocional do homem, hoje causada freqüentemente pelo que se chama de estresse. Dra. Sylvia Bermann (1975) nos aconselha, no entanto, a não deixar a palavra 'estresse' escamotear questões importantes, especialmente com relação às classes populares. Há o perigo de transformar a palavra 'estresse' num termo genérico, fazendo acreditar que todos aparentemente sofram do estresse da mesma forma. Pois há uma diferença grande entre uma pessoa rica perder muito dinheiro na bolsa de valores e um pobre tentar dormir sabendo que provavelmente haverá um tiroteio entre narcotraficantes e policiais perto de seu barraco na favela.

Trabalhar de 10 a 12 horas por dia, num ambiente insalubre, sem carteira assinada e sem proteção social de um plano de saúde e garantia de que o trabalho executado vai continuar amanhã é um processo de estresse que mais provavelmente vai terminar numa doença. Os estudiosos dessa hipótese aventam a idéia de que o desequilíbrio emocional produzido pelo estresse tende a se concentrar num dos órgãos do corpo e, na medida em que o estresse se manifesta, castigar esse órgão.

Pois, segundo dr. B. S. McEwen (1998), o estresse é causado por um estilo de vida em que as pessoas estão sistematicamente expostas a agressões de ordem física e psíquica. O "susto

contínuo", comum às classes populares que vivem em condições de pobreza e violência, ainda segundo McEwen, faz com que grandes quantidades de adrenalina sejam lançadas no corpo, quando, na realidade, essa adrenalina existiria para momentos especiais de emergência de um indivíduo. As filosofias orientais nos ajudam quando afirmam que há uma relação dos órgãos com sentimentos, que determinadas doenças se relacionam com determinados sentimentos: por exemplo, fígado com a raiva, o pulmão com tristeza e o rim como medo (Ivanissevich, 1990).

Os investigadores responsáveis pela elaboração da teoria do apoio social trabalham com a premissa de que, se a origem da doença está relacionada com a questão das emoções, sua resolução também estaria relacionada com as emoções, o que indica que essa teoria inclui a idéia antiga da unidade corpo-mente. A proposta central do apoio social é que, quando as pessoas sentem que contam com o apoio de um grupo de pessoas (associação, família, vizinhança, igreja, por exemplo), esse apoio tem o efeito de causar uma melhoria de sua saúde. Esse apoio normalmente se passaria entre pessoas que se conhecem e se freqüentam de uma forma sistemática, razão pela qual freqüentemente estaria envolvida uma instituição ou entidade.

Mesmo assim, uma das primeiras experiências com essa proposta ocorreu alguns anos atrás na cidade de Guatemala, numa grande maternidade que fazia em torno de 24 partos por dia. Separando as gestantes em dois grupos, foi oferecida a um grupo de 12 mulheres uma acompanhante trazida de um bairro popular da cidade. Sem qualquer orientação, a não ser "tomar conta da gestante", as acompanhantes cuidavam das mulheres no dia antes do parto, no dia do parto e no dia após do parto. Mesmo com as gestantes não conhecendo previamente essas acompanhantes, os resultados foram surpreendentes, pois as gestantes que foram acompanhada tiveram partos mais bem-sucedidos e menos problemas. Experiências semelhantes ocorrem hoje com voluntárias em hospitais públicos em São Paulo.

No início das investigações de quem trabalhava com a teoria do apoio social, deu-se muita atenção à vida dos idosos nos Estados Unidos (Minkler, 1985). Uma pessoa da terceira idade com condições satisfatórias de saúde provavelmente contrairia uma doença a partir de determinados baques emocionais, como por exemplo a perda do(a) companheiro(a), a descoberta da incapacidade de trabalhar ou a perda de uma residência onde havia morado por décadas. Os idosos inseridos em redes de apoio social tinham menos chances de adoecer a partir desses eventos de vida, por contar com um apoio emocional contínuo. Uma das premissas com que se trabalha no Brasil é: além desses tipos de eventos de vida entre os idosos num país desenvolvido, num continente como a América Latina e num país como o Brasil seriam também comuns a grandes parcelas das classes populares: perda de entes queridos por violência, os crescentes índices de desemprego e/ou trabalho com remuneração vil e a conseqüente situação de não contar com residência própria e tampouco fixa.

Na realidade, a lógica atrás da teoria do apoio social é a mesma que sustenta as chamadas propostas alternativas em saúde. Fala-se das "chamadas alternativas", porque a palavra 'alternativa' faz supor a existência de uma referência em relação à qual as outras propostas seriam

alternativas. Na verdade, o modelo biomédico é mais uma das propostas existentes sobre a relação saúde-doença. Goldstein (1999) estima que mais de 42% da população norte-americana já utilizaram uma forma alternativa de saúde.

Praticamente todas as pessoas sofrem de uma forma ou outra desse fenômeno de estresse. Por contar com mais recursos, as classes médias e altas buscam saídas para suas queixas de sofrimento difuso que geralmente não são acessíveis às classes populares de poucos recursos. A maioria das propostas conhecidas como alternativas – meditação, ioga, tai-chi-chuan, terapias das mais variadas formas – são normalmente oferecidas na esfera privada e custam preços que as classes populares não podem pagar. Além disso, as próprias terapias propostas normalmente seguem uma lógica voltada para as condições de vida das classes médias e altas.

Embora não se pretenda negar os processos de estresse que ocorrem aos membros das classes média e alta, ao mesmo tempo se quer chamar atenção para o fato de que as classes populares nas grandes cidades tendem a sofrer um processo de estresse muito mais intenso. A vereadora Jurema Batista, do Rio de Janeiro, pergunta se há remédio para pressão arterial alta quando o helicóptero da Polícia Militar sobrevoa a favela procurando componentes do narcotráfico. Um engarrafamento no trânsito pode significar pequenas irritações para as classes médias, mas para o morador da favela a origem do estresse está freqüentemente relacionada, por exemplo, com uma falta de água contínua, as quedas freqüentes na voltagem elétrica e a conseqüente danificação dos eletrodomésticos, ou a violência.

Uma das propostas para o combate ao estresse é a introspecção e meditação. Embora teoricamente a prática de meditação não seja impossível em qualquer circunstância, certamente um lugar relativamente espaçoso e quieto facilita a concentração. Normalmente o período de meditação mais curto, uma hora, é dividido em duas partes: meia hora de ouvir uma leitura para fazer a passagem da rua para a sala de meditação, e meia hora de meditação de fato. Uma tarefa difícil para quem trilha o que Chauí (1990) chama o "caminho estreito", isto é, uma vida de pouco dinheiro, pouco espaço e pouco tempo livre.

Num país cujos serviços de saúde são tão moldados pelo modelo biomédico, dificilmente as atividades propostas na área de saúde alternativa são do setor público, e por isso elas exigem algum tipo de pagamento. Embora não seja impossível que atividades de apoio social sejam desenvolvidas numa unidade de saúde pública – grupos de discussão, relaxamento muscular ou meditação –, profissionais da saúde mais críticos afirmam que esse tipo de atividade é visto por muitos colegas como forma de "fugir do trabalho".

O estresse é causado pelo que os profissionais chamam de "superexcitação do organismo", e "carga alostática" é o nome que McEwen (1998) dá ao conjunto de indicadores de estresse. O que importa nesta discussão é que uma grande parcela das classes populares está exposta ao que Valla e Stotz (1999) chamam de "um estado de emergência permanente". A grande imprensa tende a definir o termo 'emergência' como um acontecimento passageiro – um blecaute ou

uma enchente, por exemplo. Uma vez que a água deixe de cobrir os automóveis, ou que a luz elétrica volte, para a grande imprensa terminou a emergência. Mas as condições de vida para muitos moradores de favela indicam este estado de emergência permanente: distribuição irregular de água, difícil acesso às unidades de saúde, exposição permanente às balas 'perdidas' ou a sobrevivência no mercado informal em processo de saturação.

Salve engano, não está muita desenvolvida no Brasil a discussão sobre o que seria uma dieta moderada e prudente para as classes populares (McEwen,1998), levando em conta os custos e as questões culturais. As recomendações que os médicos fazem sobre uma dieta moderada e prudente, como também de exercício físico sistemático, esbarram em obstáculos relacionados com as condições de vida das classes populares. Jogar futebol nos domingos à tarde não parece corresponder à idéia de exercício físico sistemático. Mesmo assim, McEwen lembra que essas recomendações não são suficientes em muitos casos, se não houver como agir na causa imediata do problema, pois o estresse tem causas sociais complexas, que não podem ser resolvidas pela medicina, como a pobreza, as más condições de trabalho ou o ambiente poluído. McEwen acrescenta que pesquisas mostram que quanto mais pobre uma pessoa, pior é sua saúde, não importando se ela tem ou não acesso a tratamento médico.

Como ser menos competitivo e ansioso, que é uma recomendação dos terapeutas, como forma de reduzir o estresse num mundo onde as ofertas do trabalho formal estão rapidamente declinando e onde o mercado informal está se saturando? Assumir uma postura desarmada, franca e aberta, que é outra recomendação de terapeutas das classes médias, se relaciona pouco com uma grande parcela da população que, como forma de sobrevivência, emprega uma linguagem permeada do "duplo código", em que o "dizer e desdizer" na mesma frase é uma constante (Martins, 1989).

Numa recomendação genérica, alguns terapeutas chamam a atenção para a importância do desabafo e de não "engolir sapos", o que, em vez de expulsar o veneno do corpo, faz com que este seja acumulado e, assim, expulso de outras formas. Mas o que pode significar "engolir sapos" ou desabafar para a maioria das classes populares? Desabafar na hora pode resultar em vários desfechos para as classes populares: pode significar perder o emprego, seja no trabalho da fábrica, seja como empregada doméstica. Numa cultura machista, desabafar na hora, ou seja, "não engolir sapo", "não levar desaforo para casa", pode terminar num enfrentamento com fim incerto.

O que parece evidente é que a crise do 'acesso aos serviços' é apenas um dos problemas que os pobres enfrentam com relação à saúde. Se a prevenção, o tratamento e a recuperação não são apenas questões do corpo, e sim, como propõe a teoria do apoio social, questões da unidade corpo-mente, ou corpo-alma, é muito provável que a grande procura das camadas populares pelas igrejas hoje signifique alguma espécie de busca de solução para tais questões.

Relacionando o Apoio Social com a Religiosidade Popular via o Fenômeno da Emoção

Há que se ter cuidado com a interpretação das ações das classes populares e sua relação com a religião, pois o que pode ser visto como tentativa de resolver exclusivamente um problema material poderia bem ser o resultado da vontade de viver a vida da maneira mais plena possível. Poderia também ser o resultado da procura por uma explicação, um sentido, algo que faça a vida ter mais sentido e ser mais coerente – que é justamente uma das propostas do apoio social (Cassell, 1976).

É nesse sentido que cabe considerar tal procura como uma das explicações do extraordinário crescimento da presença das classes populares nas igrejas de todas as religiões, mas principalmente nas chamadas evangélicas ou pentecostais. Atrás dessa procura está também o próprio processo do crescimento da urbanização, juntamente com o conseqüente aumento das demandas por bens coletivos e individuais; e, ao mesmo tempo, a dilapidação dos direitos sociais e humanos. Machado (1996) observa que a falta de apoio institucional nesta época de mudanças sociais intensas faz com que essas igrejas ofereçam um “potencial racionalizador”, isto é, um sentido para a vida. Mariz e Machado (1994), por sua vez, comentam a frágil presença dos partidos políticos, associações e do próprio Estado de bem-estar social entre os pobres e o fato de as religiões oferecerem alguns grupos de suportes alternativos e criarem motivações para enfrentar a pobreza.

Assim, vê-se a busca simultânea, por parte de grandes parcelas das classes populares, de alívio dos seus sofrimentos e de solidariedade e conforto do apoio social. Nas palavras de Fernandes (1994:26), “abaixo da linha d’água, move-se um vasto conjunto heteróclito de articulações ... em contextos de religiosidade e magia que são não-governamentais, sem fins lucrativos, e no entanto, informais”. E nesse contexto a palavra ‘alívio’ pode ser compreendida em dois sentidos: alívio temporário do sofrimento físico e mental, e alívio do castigo infligido a um determinado órgão do corpo pelo processo do estresse.

Certamente alguns líderes religiosos procuram utilizar suas igrejas como forma de se enriquecer ou de angariar votos para seus candidatos. No entanto, essa não é uma explicação satisfatória sobre a razão por que tantos brasileiros estão procurando as igrejas, e, em particular, as evangélicas e pentecostais. Pois quantos outros grupos no Brasil gostariam de fazer o mesmo com as classes populares, e não conseguem? Há que se procurar outra explicação, que relativize a participação dos líderes religiosos. Poderia, talvez, ser o que Finkler (1985:84) chama de “símbolos emocionalmente densos que sejam derivados da experiência coletiva daqueles que sofram”. Finkler descreve os 500 centros espiritualistas e seu cinco milhões de fiéis no México, e reporta seu sucesso nas curas espirituais de sofrimentos crônicos de uma forma que a biomedicina não é capaz de igualar: atenuam a dor, quando não a eliminam, e ajudam as vítimas do sofrimento a tornar as suas vidas mais toleráveis e significativas. Referindo-se aos pentecostais católicos nos Estados Unidos, Csordas (2002a), com uma experiência de mais de

20 anos de investigação em religião e saúde, comenta que a cura é compreendida como um processo que integra a pessoa curada na comunidade religiosa. A cura eficaz e duradoura é vista como um processo contínuo, auxiliado pelo apoio diário dos cristãos irmãos. Ness (1980), por sua vez, considera que essa forma de interação pode, a longo prazo, ter um efeito terapêutico maior do que os próprios rituais de cura. Numa entrevista recente, Csordas (2002b) afirmou que no mundo acadêmico norte-americano cresce a perspectiva que a cura é vista como algo que acontece por causas religiosas, mais do que por razões terapêuticas.

Csordas (2002a) também lembra que o processo de cura é visto por muitos como necessário para o crescimento espiritual, que por sua vez propicia boa saúde. O mesmo autor observa que o sistema de cura é holístico, pois busca integrar todos os aspectos da pessoa: corpo, mente e espírito.

Aqui é possível fazer novamente uma relação com o discurso sobre o apoio social, em que "tornar a vida mais significativa" se remete ao "controle sobre seu próprio destino" e ver "mais coerência e sentido na sua própria vida". Cabe perguntar, inclusive, na perspectiva da proposta de apoio social, se as melhorias do estado de saúde desses fiéis não vêm mais do fato de 'estarem juntos de uma forma sistemática no mesmo espaço físico' do que da ação isolada do líder religioso.

Cabe, no entanto, uma discussão que procura aprofundar o fenômeno da emoção. Como registrado aqui, os investigadores responsáveis pela elaboração da teoria do apoio social trabalham com a premissa de que se a origem da doença está relacionada com as emoções, sua resolução também o estará, o que indica que essa teoria inclui a idéia antiga da unidade corpo-mente.

Corten, em seu livro *Os Pobres e o Espírito Santo: o pentecostalismo no Brasil* (1996), afirma que o pentecostalismo se caracteriza pela importância dada à emoção, e nele a própria proposta teológica se subordina à "experiência emotiva partilhada" pelos crentes. Há uma reivindicação de que haja uma "experiência emotiva", e esse desejo aponta para o encanto e a alegria demonstrados nos cultos, em que os crentes são vistos como pessoas simples, tamanhos seu júbilo e entusiasmo. A grande contradição para muitos dos observadores da classe média é que são pessoas que freqüentemente vivem na miséria, na doença e em ambientes repletos de violência e, no entanto, experimentam essa intensa alegria de estar vivas. Corten relata que alguns pastores acreditam que as curas tratam de males que geralmente não são físicos e se localizam na esfera psicossomática, e cuja solução não passa por medicamentos. Freqüentemente, trata-se de emoções de consolo para males que não podem ser mudados e, assim, a dignidade do ser humano é o que acaba se afirmando. Outras religiões que demonstram uma discussão mais intelectualizada acabam encarando os cultos pentecostais como ritos de misticismo arcaico, nos quais nada se resolve, nada termina bem, a não ser a percepção de que essa emoção é um sinal da dignidade que o pentecostal possui. Há, na sociedade, a idéia corrente de que o pentecostal, ao virar suas costas para o 'mundo', acredita estar virando as costas para o demônio, termo freqüentemente utilizado como uma metáfora para as doenças, a pobreza e desigualdade, a

violência; mas ele não expressa necessariamente uma posição fatalista, já que é necessário combatê-lo. Virar as costas para o mundo capitalista de competição e modernização pode significar construir redes de solidariedade nas quais, ainda segundo Corten, doam-se roupas e alimentação, encontram-se empregos para os pentecostais mais necessitados e convidam-se regularmente os irmãos esmagados pela pobreza para jantarem em sua casa. Surgem cursos de alfabetização nas igrejas, nos quais os fiéis analfabetos sentem o desejo de ler os salmos que cantam.

As muitas formas de combate ao estresse, no entanto, não devem ser ignoradas por quem se interessa pela questão da religião e das classes populares. Os resultados dessas novas terapias de relaxamento e meditação têm sido notáveis e reforçam a lógica interna de uma proposta como a do apoio social. Em dois livros de Goleman, *Inteligência Emocional* (1995) e *Emoções que Curam: conversas com o Dalai Lama sobre mente alerta, emoções e saúde* (1999), o autor oferece vários exemplos de como essas terapias produzem melhorias de saúde independentemente das condições de saúde dos pacientes. E trata da questão central das terapias e do trabalho desenvolvido com as emoções.

Goleman afirma que quando uma pessoa sofre muito estresse, adrenalina é liberada. Mas se o estresse é constante, a liberação sistemática da adrenalina acaba prejudicando as células imunes, levando ao risco de o processo se tornar permanente. Ansiedade crônica, longos períodos de pessimismo, hostilidade e cinismo são estados de espírito tão graves quanto fumar muito ou registrar uma alta taxa de colesterol. Dores de cabeça, úlceras, artrite, asma e problemas de coração são algumas das doenças que podem surgir como efeitos desses estados de espírito negativos. Isolar-se socialmente, sem ter com quem conversar de uma forma íntima, pode representar um perigo para a saúde tão sério quanto a obesidade, a falta de exercício físico ou as altas taxas de colesterol (Ventura,1998).

Goleman, tanto no seu livro sobre inteligência emocional como nas suas conversas com Dalai Lama, discute a importância de um olhar para o mundo que seja otimista e do fato de contar com o apoio sistemático de alguns amigos. Poder falar dos seus problemas financeiros como também da sua insegurança no emprego freqüentemente é mais importante para manter a saúde do que somente eliminar a pressão arterial alta ou reduzir a taxa alta de colesterol. Os trabalhos do autor são permeados com casos que comprovam suas posições.

Três investigações são exemplares. A primeira trata de homens que tiveram o primeiro ataque de coração. Dos 120 homens investigados, foram escolhidos 25 com uma perspectiva de vida pessimista e 25 com uma perspectiva de vida otimista. A investigação durou oito anos, acompanhando os 50 homens. Depois de oito anos, 21 dos pessimistas tinham morrido, e apenas seis dos otimistas. Os investigadores concluíram que a perspectiva com que se olha o mundo permite um prognóstico quanto ao desenvolvimento da saúde de uma pessoa melhor do que os outros fatores mais reconhecidos, como taxa de colesterol, pressão arterial etc.

A segunda investigação, realizada na Universidade de Stanford, demonstrou que mulheres com câncer da mama num estágio avançado mas freqüentando reuniões semanais com seus

pares tiveram o dobro de sobrevida das mulheres que enfrentavam a doença por conta própria. Na mesma lógica, idosos que sofrem ataques de coração mas têm uma relação íntima com duas ou três pessoas têm mais possibilidade de sobreviver por mais tempo depois do ataque do que os doentes sem essas relações íntimas.

O intuito de discutir emoção no pentecostalismo e logo em seguida melhorias de saúde com base em exemplos de apoio social e/ou terapias que procuram desenvolver a paz de espírito, a auto-estima e uma visão otimista da vida leva à seguinte questão: é possível que as emoções que estão presentes nos cultos pentecostais gerem resultados semelhantes àqueles acima apresentados nos livros do Goleman? É claro que a obra do Goleman é parte de uma vasta produção que procura relacionar a mente com a saúde do corpo humano. O que se quer discutir é se "as emoções que curam", que são debatidas entre o budismo e a ciência e entre as emoções e a saúde, são semelhantes às emoções que se encontram presentes nos cultos do pentecostalismo.

Certamente há questões metodológicas a serem enfrentadas. Grosso modo, os cientistas que trabalham com a unidade mente-corpo são oriundos dos países centrais e investigam populações que têm um padrão de vida superior ao das classes populares do Brasil, e em particular as classes populares que freqüentam os cultos pentecostais. Como já registrado aqui, a busca por melhorias de saúde por meio de terapias ditas alternativas é ainda essencialmente uma discussão das classes médias e altas no Brasil. Mesmo o próprio Goleman (1995), quando discute a idéia de procurar lidar melhor com sentimentos negativos como uma forma de prevenção contra doenças, faz apenas uma alusão genérica aos pobres. Comenta, de passagem, que os muitos pobres, as mães solteiras e os moradores de bairros com alto índice de crimes cujas condições de vida envolvem muita tensão melhorariam de saúde se tivessem ajuda para lidar melhor com o custo emocional devido ao estresse. Isso indica que suas atenções estão principalmente voltadas para populações com melhores condições de vida, a que se poderia chamar 'classe média globalizada', não importando a cidade em que mora, seja Londres, Tóquio, Cairo ou Cidade do México. As recomendações que Goleman faz em relação aos jovens de bairros pobres – mães solteiras e viciados em drogas – são certamente inócuas para os brasileiros com as mesmas preocupações: cuidados intensivos e medidas preventivas antes que os próprios problemas se manifestem.

O que se propõe metodologicamente é uma 'tradução', isto é, uma adequação da literatura sobre mente e corpo às condições de vida das classes populares brasileiras. Apenas para citar um exemplo: a propósito da investigação aqui relatada sobre visões de mundo otimistas e pessimistas, como adequar tal discussão às condições de vida de moradores de favelas no Rio de Janeiro, onde a insegurança sobre conseguir e/ou manter um trabalho remunerado é vivida num clima de violência caracterizado por embates entre a polícia e os narcotraficantes?

Será que a própria maneira como os cultos são conduzidos – com gritos e músicas barulhentos que contribuem para que o estado emocional seja intenso – não constituem ritos que

refletem as condições de vida dessas populações, que freqüentemente vivem num estado agudo de pobreza e incerteza? Embora haja membros das classes médias que freqüentam os cultos pentecostais, o pentecostalismo, como diz Corten (1996:66), “aparece como uma religião dos pobres ... e a emoção religiosa produz ... a categoria de pessoa simples”.

Conclusão

Embora seja importante procurar compreender o fenômeno da religiosidade popular por meio do entendimento da proposta de apoio social e da cultura popular, é necessário um certo cuidado quanto a se utilizar exclusivamente essas abordagens. São abordagens que têm como ponto de partida a investigação científica, e não há como negar que isto é importante. Há contribuições importantes de vários pesquisadores, e em particular de Maria das Dores C. Machado (1996), sobre as melhorias econômicas no interior das famílias pentecostais e evangélicas, propiciadas pela renúncia à bebida e ao fumo, como também pela descoberta, pela mulher evangélica, de autonomia quando vai à igreja à noite desacompanhada e quando trabalha fora de casa. São certamente insumos importantes para a compreensão das mudanças que ocorrem nessas famílias a partir da sua adesão a essas igrejas.

Mas há outras questões que ficam poucas claras. Trata-se do que o Waldo Cesar (Cesar & Shaull, 1999) chama de “dimensão do transcendente” que permeia o pentecostalismo e outras religiões populares: encantamento e alegria diante de uma vida de muitas dificuldades e sofrimentos, sem grandes perspectivas de realização profissional e familiar tal como esta é compreendida pelos membros da classe média. Cesar afirma que possivelmente o maior milagre que se realiza no interior da proposta da religião popular é a própria sobrevivência diante de tanta miséria e opressão. Essa dimensão espiritual e transcendental do que fala Cesar acaba, contraditoriamente, favorecendo uma autonomia que corresponde ao que os teóricos do apoio social chamam de “controle sobre o seu próprio destino” (Minkler, 1985:303-304).

Mas Cesar (1999) insiste: o que está em discussão não é apenas a prática sistemática de solidariedade e ajuda mútua, que explica em parte a sobrevivência de muitos, mas uma postura aparentemente alienante que talvez seja o que Parker (1996) chama de resistência e refúgio, um sutil protesto diante de governos cujas decisões políticas não são compreendidas, pois a questão social é, quando muito, um complemento, um apêndice, e não o eixo central das suas propostas.

Como compreender o que Cesar indica como resistência sobre-humana às muitas adversidades resultantes dos governos autoritários e insensíveis? Como compreender o que Cesar chama de um espetáculo de êxtase produzindo uma manifestação tanto pessoal como coletiva, em que freqüentemente, como no caso do pastor Jamil de Santa Cruz (Salles, 2000), os pastores se tornam espectadores?

Será que nós, mediadores, professores, pesquisadores, educadores populares, não estamos diante do que o José Souza de Martins (1989) chama de uma “crise de interpretação”, uma

crise de interpretação que é nossa? Martins desenvolveu uma discussão sobre as dificuldades que os profissionais, técnicos e professores, geralmente oriundos da classe média, têm de compreender a fala e o fazer das classes populares. Quando se relacionam essas observações de Martins com a questão da religiosidade popular dos pobres, lembramos uma de suas premissas: os membros das classes populares produzem conhecimentos e fazem uma avaliação da realidade, e nossas dificuldades estão em compreender a lógica com que isso é feito.

É necessário, então, acreditar que as classes populares sabem o que faz bem para elas, independentemente da nossa compreensão das suas escolhas. Assim, entender o pensamento dos pentecostais não depende de nós estarmos ou não de acordo. Nós, os mediadores, professores e técnicos, mesmos com todas as nossas dificuldades materiais, representamos o espaço da garantia e do privilégio, e os pobres representam o espaço da sobrevivência.

Referências Bibliográficas

BERMANN, S. *Trabajo Precario e Salud Mental*. Córdoba: Navajo Editor, 1995.

CASSELL, E. J. An epidemiological perspective of psychosocial factors in disease etiology. *American Journal of Medicine*, 64(11):1.040-1.043, 1974.

CASSELL, E. J. *The Healer's Art*. New York: J. P. Kippincott Company, 1976.

CESAR, W & SHAULL, R. *Pentecostalismo e Futuro das Igrejas Cristãs: promessas e desafios*. Petrópolis, São Leopoldo: Vozes, Sinodal, 1999.

CHAUÍ, M. Notas sobre cultura popular. In: CHAUÍ, M. *Cultura e Democracia*. São Paulo: Cortez, 1990.

CORTEN, A. *Os Pobres e o Espírito Santo: o pentecostalismo no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1996.

COX, H. *Fire from Heaven: the rise of pentecostal spirituality and the reshaping of religion in the Twenty-first century*. New York: Addison-Wesley, 1995.

CSORDAS, T. J. E. *Body/Meaning/Healing*. New York: Palgrave, 2002a.

CSORDAS, T. J. E. Comunicação pessoal, 2002b.

FERNANDES, R. C. *Privado Porém Público: o terceiro setor na América Latina*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

FINKLER, K. *Spiritualist Healers in Mexico: successes and failures of alternative therapeutics*. New York: Praeger, 1985.

GOLDSTEIN, M. S. *Alternative Health Care*. Philadelphia: Temple University Press, 1999.

GOLEMAN, D. *Emotional Intelligence*. New York: Bantam Books, 1995.

GOLEMAN, D. (Org.) *Emoções que Curam: conversas com o Dalai Lama sobre mente alerta, emoções e saúde*. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.

GOULART, J. Homens não são anjos. *Teoria e Debate*, 52:56, 2003.

ILLICH, I. *A Expropriação da Saúde: Nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

IVANISSEVICH, A. Mulher faz negócio da China. *Jornal do Brasil*, 03 dez. 1990. p. 30.

LUZ, M. T. *A Arte de Curar* versus *a Ciência das Doenças*. São Paulo: Dynamis, 1996.

MACHADO, M. D. C. *Carismáticos e Pentecostais: adesão religiosa na esfera familiar*. São Paulo: Anpocs, Autores Associados, 1996.

MARIZ, C. L. & MACHADO, M. D. C. Pentecostalismo e a redefinição do feminino. In: LANDIN, L. (Org.) *Pentecostes e Nova Era: fronteiras, passagens*. Rio de Janeiro: Iser, 1994. (Religião e sociedade, 17/1-2)

MARTINS, J. S. Dilemas sobre as classes subalternas na idade da razão. In: MARTINS, J. S. *Caminhada no Chão da Noite*. São Paulo: Hucitec, 1989.

McEWEN, B. S. Protective and damaging effects of stress mediators. *The New England Journal of Medicine*, 338(3):171-179, 1998.

MINKLER, M. Building supportive ties and sense of community among the inner-city elderly: the tenderloin outreach project. *Health Educational Quartely*, 12(4):303-314, 1985.

MOTA, V. Terra arrasada. *Folha de S. Paulo*, 11 jan. 2003. p. 2.

NESS, R. The impact of indigineous healing activity: an empirical study of two fundamentalist churches. *Social Science and Medicine*,14B:167-180, 1980.

PARKER, C. *Religião Popular e Modernização: outra lógica na América Latina*. Petrópolis: Vozes, 1996.

SALLES, J. *Santa Cruz. Rio de Janeiro*. Vídeo sobre pentecostalismo no bairro de Santa Cruz, 2000.

VALLA, V. V. & STOTZ, E. N. As respostas do movimento popular ao "estado de emergência permanente". In: VALLA, V. V. & STOTZ, E. N. (Org.) *Educação, Saúde e Cidadania*. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

VENTURA, M. Amar protege o coração. *Jornal do Brasil*, 28 jan. 1998. Caderno Vida.

6. CUIDADO E RECONSTRUÇÃO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE

José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres

A Saúde Pública em Reconstrução

Assistimos em tempos recentes à emergência de uma série de novos discursos no campo da saúde pública, mundial e nacionalmente, tais como a promoção da saúde, vigilância da saúde, saúde da família, redução de vulnerabilidade, entre outros. Tais discursos revelam a vitalidade conceitual da saúde pública deste início de milênio e traz ao debate diversos convites à renovação das práticas sanitárias. Contudo, uma efetiva consolidação dessas propostas e seu mais conseqüente desenvolvimento parecem-nos depender de transformações bastante radicais no nosso modo de pensar e fazer saúde, especialmente em seus pressupostos e fundamentos. Acreditamos que há uma série de aspectos filosóficos que precisam ser revisitados para que, aos avanços conceituais já alcançados, possam corresponder transformações práticas mais expressivas.

É nessa condição de uma desconstrução teórica, com vistas a contribuir para a reconstrução em curso nas práticas de saúde, que se quer trazer ao debate a presente reflexão sobre o 'Cuidado'. Não se trata de somar mais um discurso àqueles acima listados; a discussão aqui proposta está longe de pretender ter o caráter aplicado que os caracteriza. Trata-se de compreender as práticas de saúde, inclusive aquelas que constituem o substrato dos seus discursos renovadores, sob uma determinada perspectiva que, se feliz em seus propósitos, poderá se agregar ao esforço de adensamento conceitual e filosófico desse novo sanitarismo.

O Cuidado como Categoria Ontológica

Normalmente, quando se fala em cuidado de saúde, ou cuidado em saúde, atribui-se ao termo um sentido já consagrado no senso comum, qual seja, o de um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de um certo tratamento. Contudo, não é nem no sentido de um conjunto de recursos e medidas terapêuticas, nem naquele dos procedimentos auxiliares que permitem efetivar a aplicação de uma terapêutica, que queremos nos remeter à questão. Trataremos aqui do cuidado como um constructo filosófico, uma categoria

com a qual se quer designar, simultaneamente, 'uma compreensão filosófica e uma atitude prática diante do sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando ao alívio de um sofrimento ou ao alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade'.

Para procedermos a esta construção conceitual, vamos iniciar por uma breve exploração da categoria 'cuidado' tal como proposta em *Ser e Tempo*, por Martin Heidegger (1889-1976), base de uma primeira delimitação de alguns dos principais pressupostos filosóficos nos quais nos apoiaremos.

Em *Ser e Tempo*, Heidegger se vale de uma antiga fábula de Higino para argumentar acerca da situação simultaneamente contingente e transcendente da condição humana. O "*dasein*", ou "ser-aí", construção com a qual caracteriza a existência humana, é um "estar lançado" num mundo que, por sua vez, só é percebido como tal na (e por meio da) atividade "projetiva" humana, isto é, da tripartição temporal da consciência do ser (em presente, passado e futuro), efetivada e possibilitada no e pelo ato de atribuir significado às experiências pretéritas, a partir de uma vivência atual, entendida como o devir de um projeto existencial. Nessa dialética de presente, passado e futuro, o humano surge como criador e criatura da existência, numa construção sempre em curso, que tem como substrato a linguagem e como "artesão" o cuidado (*Sorge*). Em sua incessante atividade, o cuidado molda, a partir do mundo e contra a sua dissolução nesse mundo, as diversas formas particulares da existência (Heidegger, 1995).

Nada melhor, porém, para nos reportarmos à complexa construção heideggeriana do que recorrermos, também nós, ao poder expressivo da alegoria de Higino:

> Certa vez, atravessando um rio, Cuidado viu um pedaço de terra argilosa: cogitando, tomou um pedaço e começou a lhe dar forma. Enquanto refletia sobre o que criara, interveio Júpiter. O Cuidado pediu-lhe que desse espírito à forma de argila, o que ele fez de bom grado. Como Cuidado quis então dar seu nome ao que tinha dado forma, Júpiter proibiu e exigiu que fosse dado seu nome. Enquanto Cuidado e Júpiter disputavam sobre o nome, surgiu também a terra (tellus) querendo dar o seu nome, uma vez que havia fornecido um pedaço do seu corpo. Os disputantes tomaram Saturno como árbitro. Saturno pronunciou a seguinte decisão, aparentemente eqüitativa: 'Tu, Júpiter, por teres dado o espírito, deves receber na morte o espírito e tu, terra, por teres dado o corpo, deves receber o corpo. Como porém foi o Cuidado quem primeiro o formou, ele deve pertencer ao Cuidado enquanto viver. Como, no entanto, sobre o nome há disputa, ele deve se chamar 'homo', pois foi feito de húmus (terra)' normal. (Heidegger, 1995:263-264)[1]

Há diversas e riquíssimas aproximações hermenêuticas a essa alegoria, tal como feito por Heidegger e por seus inúmeros comentadores e prosseguidores. Longe de nós a intenção de

[1] Na tradução brasileira da Editora Vozes o termo *Sorge* é traduzido como Cura, sinônimo de Cuidado. Evitamos usar aqui esse termo para não gerar confusão com curar no sentido médico de eliminar a doença.

inventariar todas elas, mas será importante destacar alguns aspectos relevantes para a discussão que faremos acerca do cuidado no âmbito específico da saúde:

Movimento. Um dos primeiros elementos que vemos presente na alegoria é o movimento. O cuidado move-se no leito do rio e é movendo-se que percebe a argila. Ele não vai em busca da argila, nem a argila chega até ele. O interesse e a possibilidade de moldar uma forma humana devém do 'encontro' com a argila 'no movimento' mesmo de atravessar o rio. Este elemento da alegoria aponta para aspecto fundamental na construção de nossas identidades de seres viventes, que é o caráter 'pragmático' da nossa construção de identidades. Ou seja, nossas identidades não são construções *a priori*, inscritas como um destino inexorável para nossas biografias no momento em que nascemos. Esta identidade vai sendo construída no e pelo ato de viver, de pôr-se em movimento pelo mundo.

Interação. A alegoria é permeada de interações. São as interações que constroem a sua trama. Interação do cuidado com a argila, transformando-a em criatura; do cuidado e sua criatura com Júpiter, o que transforma a criatura num ser vivente e, no mesmo ato, faz de cuidado e Júpiter contendores, portadores de diferentes projetos para o ser vivente; interação da terra com os três, aumentando a contenda e tornando mais complexa a nomeação do ser vivente; finalmente Saturno, o senhor do tempo, interagindo com todos e determinando o lugar de cada um.

Identidade e alteridade. Um aspecto muito relevante das diferentes interações é que as identidades existenciais só se estabelecem no ato mesmo dessas interações. O cuidado se faz artesão em presença da argila e a argila só tem sua plasticidade atualizada por força do cuidado. Do encontro do artesão com a argila surge a criatura que, sendo produto da existência do artesão e da argila, não é mais nem artesão nem argila. Quando a criatura-forma ganha existência, coloca-se o problema da falta do espírito, que acaba por resolver-se com Júpiter, que se faz origem do espírito vivente, fazendo da criatura um ser vivente e da terra a origem do corpo de um ser vivente. A identidade de cada um se faz sempre, portanto, na presença de seu outro. A alteridade de cada um se define sempre pela construção de uma identidade, e vice-versa.

Plasticidade. Na base de todo o movimento e de todas as identidades e alteridades criadas pelo movimento, encontramos na alegoria a plasticidade da argila. Não fosse plástica a matéria de nossa existência, não fosse sujeita à transformação, à moldagem, não haveria a existência. Não haveria, porque não se teria concebido e criado o ser vivente, mas também porque não haveria a possibilidade de sua dissolução, de sua finitude, de sua contínua recriação. O cuidado tem a 'posse' do ser vivente porquanto e enquanto o mantenha vivo, porquanto e enquanto sustente sua existência (matéria/forma/espírito) contra a dissolução.

Projeto. Toda a plasticidade da argila, por sua vez, não poderia ter posto a trama da alegoria em movimento, ter realizado seu papel de efetivar interações e identidades, se não fosse o potencial criador, a capacidade de conceber e construir projetos próprios ao cuidado. É por-

que antevê na plasticidade experimentada na argila a possibilidade de lhe dar a forma humana, e porque interage com a argila na medida capaz de conferir à sua plasticidade a forma antevista, que o cuidado gera o ser vivente. Daí Heidegger sustentar que o Ser do humano é cuidado. É projetar e, ao mesmo tempo, ser o 'curador' do projeto.

Desejo. Não se pode perder de vista, ainda, um outro elemento fundamental na tessitura da trama da alegoria, que é o fato de que nenhum dos personagens age de forma completamente determinada. Cuidado 'cogita' dar forma à argila que encontra, e cria uma forma. 'Refletindo' sobre sua criação 'resolve' dar-lhe espírito. Júpiter é 'convidado' a soprar o espírito. A Júpiter 'agrada' essa idéia, e o faz. Cuidado 'quis' nomear a criatura, Júpiter 'proibiu' e 'exigiu' dar o seu nome, a mesma coisa 'quis' a Terra. Ou seja, é do encontro desejante com as circunstâncias que se origina o ser vivente. É de um imponderável cogitar que surge o projeto, e é da realização do projeto que nasce a resolução de soprar o espírito. Por fim, a intenção de nomear a existência, de tomá-la para si, emerge como pura expressão de um livre e imponderável desejo de manifestação, de presença. Desejo de presença que a alegoria mostra fluir das dimensões corpóreas e espirituais de nossa existência, tanto quanto de nossa aspiração de dar um sentido existencial a ambas, gerando mútuos convites, resistências e conflitos entre o eu e o outro.

Temporalidade. É Saturno, senhor do tempo, que arbitra tais aspirações materiais e espirituais, confiando à habilidade artesã de um projeto de vida a tarefa de gerir a presença de cada uma no devir da existência. O Ser é (do) cuidado, mas será (do) cuidado apenas enquanto seguir sendo. É sempre na perspectiva do fluxo do tempo, do devir da existência, que faz sentido falar de cuidado, ao mesmo tempo que o cuidado é, em si mesmo, condição de possibilidade dessa tripartição temporal e deveniente da existência.

Não-causalidade. Que estranho personagem, então, é o cuidado! Ele não é o Ser, mas sem ele não há Ser; ele não é a matéria nem o espírito, mas sem ele a matéria não está para o espírito nem o espírito para a matéria; ele é uma dádiva do tempo, mas o tempo deve a ele sua existência. Essas delicadas dialéticas emergem da alegoria do cuidado como uma indicação de que não podemos explicar a existência nos termos de causa e efeito com que aprendemos a nos apropriar racionalmente de certas dimensões dessa existência. Não é possível produzirmos uma externalidade tal que nos permita estabelecer qualquer um dos personagens da alegoria como condição necessária e suficiente para a existência do outro, como não é possível sequer pensar a identidade de qualquer um deles sem a presença de seu outro. Também não é possível pensar o que antecede e o que sucede, já que a temporalidade só se manifesta como tal a partir da coexistência de todos. Nesse sentido, o cuidado exige ser pensado como "compossibilidade", só podendo ser compreendido como um "círculo hermenêutico" (Gadamer, 1991), no qual cada parte só ganha sentido numa totalidade e a totalidade tem seu sentido imediata e radicalmente dependente de cada uma de suas partes.

Responsabilidade. Mas esse "sem começo nem fim", que caracteriza o círculo hermenêutico, não levaria a um total relativismo? Esse relativismo não é conflitante com a idéia de uma

ontologia, isto é, não seríamos nós conduzidos por essa visão circular até um completo indeterminismo e agnosticismo acerca do Ser? E se é assim, como encontrar numa alegoria – uma narrativa, composta de uma trama, com começo, meio e fim – recurso tão feliz para a compreensão da existência? No âmbito da filosofia, esse aparente paradoxo de Heidegger significa, na verdade, talvez o mais relevante giro paradigmático contemporâneo – a ponto de Stein (1988) afirmar que o século XIX filosófico só termina em 1927, com a publicação de *Ser e Tempo*.[2] A grande novidade desse giro foi a superação da dicotomia entre transcendência e imanência, entre fundacionalismo e relativismo, entre sujeito e objeto. Heidegger mostra com *Ser e Tempo* que a relação, já dada e inseparável, de homem e mundo torna coincidente a indagação acerca da existência (ontologia) e do conhecimento (epistemologia). O conhecimento do mundo é já um modo de ser no mundo, e não um distanciamento do mundo. A transcendência é, portanto, um plano de imanência, desde o qual o humano se constrói conhecendo(-se). É, portanto, sem sentido a busca *ad infinitum* do fundamento último do conhecimento do Ser, já que é na circularidade hermenêutica que mais fecundamente o Ser pode vir a se conhecer. E Heidegger propõe o cuidado como a categoria que mais expressivamente consegue nos colocar em sintonia com esse plano de imanência, sem começo nem fim, no qual 'o ser do humano resulta de sua ocupação de si como resultado de si'. Ora, nesse sentido, a existência tem, sim, um sentido, embora não como trajeto linear; tem uma causação, mas não no sentido causalista de uma cadeia em que um antecedente determina um sucesso, que é um evento distinto do seu antecedente. Podemos entender tanto o sentido como a causação na ontologia existencial como o "tomar-se para si" do *dasein*, que não é outra coisa que o sentido mais radical da idéia de "responsabilizar-se". A responsabilidade tem aqui o duplo e, de novo, inseparável sentido de "responder por si e responder para si" (Grondin, 1999). Cuidar não é só projetar, é um projetar responsabilizando-se; um projetar 'porque' se responsabiliza. E não é por outra razão que Saturno concede ao cuidado a posse da sua criatura 'porquanto e enquanto se responsabilizar' por sua existência.

Apesar do excessivo grau de abstração desse plano de conceituação ontológico-existencial do cuidado, toda a discussão que se pretende fazer adiante acerca do cuidado em saúde assenta-se sobre essas bases. O que se quer propor resulta intrinsecamente do aceite ao convite à ontologia existencial, da afinação com o giro paradigmático aí efetuado. A centralidade hermenêutica da categoria 'cuidado' no plano filosófico aqui exposto e no plano aplicado a que se quer chegar não constitui, absolutamente, mera coincidência: movimento, interação, identidade/alteridade, plasticidade, projeto, desejo, temporalidade, não-causalidade e responsabilidade serão elementos que reencontraremos na discussão do cuidado quando passarmos ao plano das práticas de saúde. Antes de passarmos a esse plano, contudo, será necessário nos determos, ainda que de forma sucinta, num patamar intermediário de reflexão acerca do cuidado. Trata-

[2] Stein destaca que as repercussões da ontologia existencial heideggeriana vão se fazer sentir em praticamente todo o espectro filosófico da contemporaneidade: atingiram a fenomenologia husserliana (de onde Heidegger partiu); transformaram a filosofia analítica, com Ryle; impactaram o intento lógico-filosófico de Wittengenstein, sendo decisivas para as suas *Investigações*; impactaram também a tradição hegeliano-marxista das escolas de Budapeste e de Frankfurt; por fim, desdobraram-se na hermenêutica filosófica, de Gadamer.

se de examinar uma segunda construção conceitual de relevância para nossos propósitos, que trata do cuidado como expressão de formas de vida da civilização ocidental. Trata-se da categoria foucaultiana do "cuidado de si" (Foucault, 2002).

O Cuidado como Categoria Genealógica

Em seu processo de investigação genealógica da microfísica do poder, Michel Foucault identificou na sexualidade um campo de fecundas possibilidades. Partindo da polêmica tese de que a moral sexual vitoriana não era o paradigma de uma cultura de sublimação da sexualidade, mas, ao contrário, constituía o ápice de um processo de crescentes interesse e intervenção sobre o assunto, Foucault localiza, em torno do século II da Era Cristã, a emergência de uma "arte da existência" inteiramente nova. A ela Foucault chamou de "o cuidado de si" (Foucault, 2002).

Cabe lembrar que, ao longo dos três volumes da *História da Sexualidade*, o objeto central do filósofo francês não é tanto a sexualidade, em si mesma, quanto a genealogia de uma ética ocidental, entendida não como um conjunto de princípios e pressupostos universais, à moda kantiana, mas como uma espécie de tecnologia que emerge historicamente da experiência social, na forma de saberes e práticas voltados para a construção do lugar do eu e do outro na complexa teia de suas interações, nos planos público e privado. É nessa perspectiva que a categoria "cuidado de si" é definida, dando-nos conta de um movimento de construção, manutenção e transformação das identidades dos indivíduos na civilização ocidental cristã, entendidas por Foucault como "tecnologias do si". Nesse processo, o conhecimento de si, imperativo de qualquer civilização que possamos conceber, passa a especificar, nesse caso particular, formulações do tipo: Que "fazer" de si mesmo? Que "trabalho operar" sobre si? (Foucault, 1997).

Ainda que não tenha sido seu objetivo fazer a história do cuidado de si, Foucault não deixa de ser um historiador dessa tecnologia social quando busca estabelecer sua genealogia. Assim, ele não hesita em apontar o período que vai do século I a.C. ao século II d.C. como aquele de maior desenvolvimento desse dispositivo. Ao demonstrar sua presença já nesse período, ainda que não pudesse afirmar estar situada aí sua primeira formulação, Foucault tem material suficiente para argumentar que a gênese do cuidado de si e de suas implicações do ponto de vista biopolítico é anterior ao capitalismo e à moral burguesa, embora nesses contextos ele possa ter assumido importância particular.

Foucault aponta que a idéia de 'ocupar-se consigo' é bem antiga na cultura grega, estando presente, conforme relato de Plutarco, já no ideal do cidadão espartano de treinamento físico e guerreiro em detrimento do cultivo da terra. Ou na afirmação de Ciro, segundo Xenofonte, de que toda a glória decorrente dos grandes feitos de um homem de nada valiam se fosse à custa do sacrifício do ocupar-se consigo mesmo. Sustenta, contudo, que, até então, esse ocupar-se de si tinha a conotação de uma prerrogativa (de alguns), ou mesmo de um privilégio, uma dádiva. Mostra, então, que é com o Sócrates do *Alcibíades*, ou da *Apologia*, que esse ocupar-se de si vai ganhar a forma de um cuidado de si, adquirindo progressivamente "as dimensões e formas de uma verdadeira 'cultura de si'".

> Por essa expressão é preciso entender que o princípio do cuidado de si adquiriu um alcance bem geral: o preceito segundo o qual convém ocupar-se consigo mesmo é, em todo caso, um imperativo que circula entre numerosas doutrinas diferentes; ele também tomou a forma de uma atitude, de uma maneira de se comportar, impregnou formas de viver; desenvolveu-se em procedimentos, em práticas e em receitas que eram refletidas, desenvolvidas, aperfeiçoadas e ensinadas; ele constituiu assim uma prática social, dando lugar a relações interindividuais, a trocas e comunicações, e até mesmo a instituições; ele proporcionou, enfim, um certo modo de conhecimento e a elaboração de um saber. (Foucault, 2002:50)

A *epimeleia heautou*, ou *cura sui*, ou essa arte de viver sob o cuidado de si, desenvolve-se, assim, sob o signo do platonismo, como um aperfeiçoamento da alma com auxílio da razão para que se possa levar a melhor vida, da mesma forma como se cuida dos olhos para melhor ver, ou dos pés para melhor correr. Já entre os epicuristas pregava-se o cuidado de si como um recurso à filosofia para garantir "a saúde da alma". Sêneca dará passos mais largos rumo à conformação da arte existencial do cuidado de si ao defender que

> o homem que vela por seu corpo e por sua alma (*hominis corpus animunque curantis*) para construir por meio de ambos a trama de sua felicidade encontra-se num estado perfeito e no auge de seus desejos, do momento em que sua alma está sem agitação e seu corpo sem sofrimento. (Sêneca apud Foucault, 2002:51)

A mais acabada elaboração filosófica desse tema, segundo Foucault, será feita, porém, por Epicteto, que chega a definir o ser humano como "o ser a quem foi confiado o cuidado de si" (Foucault, 2002:53), recebendo de Deus, com essa finalidade, a faculdade da razão. E a recomendação do cuidado de si não tem em vista apenas o modo de vida do filósofo, do indivíduo que dedica sua vida à sabedoria. Conforme Apuleu, aperfeiçoar a própria alma com a ajuda da razão é uma regra igualmente "necessária" para todos os homens.

Vê-se, assim, como o cuidado de si constitui-se, simultaneamente, como um atributo e uma necessidade universais dos seres humanos, regidos por princípios de aplicação geral, embora orientados para uma prática de escopo e responsabilidades absolutamente individuais. Não mais um prazer ou uma prerrogativa, não cuidar-se é sucumbir, e para não sucumbir era preciso conhecer 'a verdade' a que a razão a todos podia dar acesso.

Esses preceitos, como já indicado, desdobraram-se para além desse caráter doutrinário, conformando um conjunto bem especificado de ações. Como Foucault adverte, o termo *epimeleia* designa não apenas uma preocupação, mas um conjunto de 'ocupações', um labor. Era com esse mesmo termo que se designavam as atividades de um dono de casa, as tarefas de um príncipe que vela por seus súditos, ou os cuidados que se deve ter para com um doente ou ferido. Esse mesmo sentido está presente também na alegoria de Higino, como vimos: o cuidado se curva, toma a argila do leito do rio, molda com suas mãos a forma humana e recebe de Saturno o privilégio/obrigação de zelar pela vida de sua criatura.

Essa vinculação com o labor, com essa atividade relacionada às necessidades vitais, com a *vita activa,* conforme Arendt (1981), estabeleceu precocemente uma correlação muito estreita entre o cuidado de si e a medicina. Embora não fosse uma preocupação exclusiva sua, não há dúvida de que o conjunto de atividades que constitui o labor implicado no cuidado de si – exercícios, dietas, regimes de sono e vigília, atividade sexual, cuidados corporais, meditações, leituras etc. – serão formulados principalmente por médicos. Se somarmos a isso que o restabelecimento da saúde é também parte dos imperativos do cuidado de si, maior razão teremos de atribuir à medicina o papel de grande responsável pelo desenvolvimento da *epimeleia heautou.* Galeno (129-199) é aqui a figura paradigmática. Ao galenismo não apenas pode ser creditada grande parte do desenvolvimento das tecnologias do cuidado de si (Foucault, 2002), como, na mesma direção e em sentido inverso, a ele se deve forte e influente identificação da medicina ocidental ao racionalismo individualizante e intervencionista que marca tais tecnologias. Com efeito, a partir de Galeno o alcance da saúde passou a depender, de um lado, do diagnóstico de 'cada constituição individual', apreendida por meio da aplicação racional e sistemática de categorias que expressavam 'leis universais da natureza' (teoria dos humores), e, de outro lado, de uma ativa intervenção do médico sobre os fatores perturbadores ou obstaculizadores do melhor arranjo dessa constituição (Ackerknecht, 1982; Sigerist, 1990).

Abandonaremos neste ponto o estudo de Foucault, pois não nos interessam aqui as conseqüências que o filósofo extrai da sua genealogia quanto às regulações que se farão sobre a sexualidade e a sociabilidade por intermédio das tecnologias do si. Basta-nos tão-somente destacar as relações mutuamente esclarecedoras e fecundantes entre o desenvolvimento do discurso e da prática médica ocidentais e uma ontologia existencial fundada na idéia de cuidado. Em síntese, Heidegger possibilitou-nos uma autocompreensão existencial da condição humana como cuidado. Foucault nos mostra o desenvolvimento do cuidado de si como uma forma de vida no ocidente cristão. O 'cuidado de si' possibilita, assim, enraizar genealogicamente o plano de imanência da ontologia heideggeriana, ao mesmo tempo que o *dasein* abre-nos a possibilidade de conferir um sentido existencial à genealogia foucaultiana. É tirando proveito dessa mútua fecundação, da possibilidade de nos argüirmos sobre o valor existencial das tecnologias do si como forma de vida, que buscaremos nos indagar a respeito das práticas de saúde contemporâneas, dos alcances, limites e implicações das formas atuais de cuidado em saúde. Cabe, nesse sentido, nos perguntarmos: até que ponto esse labor individualista e 'pan-racionalista' segue instruindo as práticas de saúde contemporâneas? Em que tecnologias específicas se organiza, se é que se organiza? Até que ponto ele atinge nossas práticas de saúde pública? É possível identificar outros tipos de tecnologia, outras 'artes da existência', outros projetos existenciais nas propostas contemporâneas para as práticas de saúde pública?

O Cuidado como Categoria Crítica

O terceiro plano de aproximação à questão do cuidado a que nos remeteremos neste item diz respeito ao cuidado como modo de interação nas e pelas práticas de saúde nos seus moldes contemporâneos, restringindo-nos agora às tecnologias já configuradas como o campo institucional das práticas de saúde.

Embora o próprio Foucault (2001) tenha demonstrado que a medicina, nas sociedades capitalistas, tornou-se uma medicina social, isto é, que sob o capitalismo ampliou-se a esfera de cognição e intervenção normativa dos saberes e fazeres da saúde ao campo das relações sociais, esse processo não parece ter afetado radicalmente o caráter individual-universalista do cuidado de si, especialmente quando se trata das ações de assistência médica. Com efeito, Foucault mesmo nos mostra que é sobre o corpo dos indivíduos que as tecnologias do social são aplicadas, disciplinando-os, regulando-os e potencializando-os como força produtiva. Quando pensamos especificamente nas tecnologias mais imediatamente aplicadas aos coletivos humanos, organizados em torno da higiene, vemos o mesmo se repetir. Ainda que tenham experimentado um momento mais caracteristicamente coletivo, público e politicamente consensual de conhecimento e intervenção normativas na saúde, a higiene pública e a higiene social cederam rapidamente lugar a uma higiene apoiada na tradução cientificista e individualmente centrada das tecnologias de cuidado em saúde. Com efeito, desde meados do século XIX a racionalidade que orientou o horizonte normativo da saúde pública passou mais e mais a se ater a uma racionalidade estritamente científica, e as suas correspondentes estratégias reguladoras orientaram-se também progressivamente para uma gestão individual dos 'riscos' à integridade e desempenho funcional do corpo (Ayres, 1997).

Foge aos objetivos deste ensaio, no entanto, uma maior fundamentação da tese da persistência do caráter individual-universalista do cuidado em saúde. O que nos importa aqui é reter essa tese como o pano de fundo de recentes problematizações desse cuidado no âmbito de suas configurações técnicas e institucionais, em meio às quais se inserem as nossas próprias. Tais problematizações consistem de um variado conjunto de reflexões críticas sobre as tecnologias da saúde que, sob diferentes perspectivas, tratam da organização de ações e serviços de saúde, da formulação de políticas de saúde, das relações médico-paciente, das relações serviços-população, das relações entre os diversos profissionais nas equipes de saúde, entre outros aspectos (Schraiber, Nemes & Mendes Gonçalves, 2000; Pinheiro & Mattos, 2003; Czeresnia & Freitas, 2003). Entre essas diversas possibilidades de aproximação crítica, vamos nos deter especificamente nas 'tecnologias de assistência à saúde', aspecto que de certa maneira atravessa todas as outras, mas que, sem dúvida, diz respeito mais imediatamente ao encontro terapêutico propriamente dito.

As recentes transformações da medicina contemporânea rumo à progressiva cientificidade e sofisticação tecnológica apresentam efeitos positivos e negativos, já relativamente bem conhecidos. De um lado, identificam-se como importantes avanços a aceleração e ampliação do poder de diagnose, a precocidade progressivamente maior da intervenção terapêutica, o aumento da eficácia, eficiência, precisão e segurança de muitas dessas intervenções, a melhora do prognóstico e da qualidade de vida dos pacientes em uma série de agravos. Como contrapartida, a autonomização e tirania dos exames complementares, a excessiva segmentação do paciente em órgãos e funções, o intervencionismo exagerado, o encarecimento dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, a desatenção com os aspectos psicossociais do adoecimento e a iatrogenia transformam-se em evidentes limites. Acompanhando a observação desses limites, passou a

ser comum a referência a uma crise da medicina, crise que, no campo em que situamos esta reflexão, identifica-se fundamentalmente como o que Schraiber (1997a) caracterizou como uma "crise de confiança", referindo-se ao fato de que o paroxístico progresso tecnológico da medicina acarretou profunda insegurança quanto à adequação prática e correção moral do que está sendo feito nas práticas terapêuticas, por todas as razões acima listadas. Nesse sentido, destaca-se, entre outros problemas, uma progressiva incapacidade das ações de assistência à saúde de se provarem racionais, de se mostrarem sensíveis às necessidades das pessoas e se tornarem cientes de seus próprios limites.

Uma resposta freqüente ao problema, apoiada na tradicional visão da assistência à saúde como misto de ciência e arte, é a de que o problema estaria num suposto esquecimento da dimensão arte. Haveria muita tecnologia científica e pouca arte na medicina contemporânea – muita tecnociência porque pouca arte, ou pouca arte porque muita tecnociência.

Embora se aproxime de aspectos fulcrais do problema, essa forma de colocar a questão não parece satisfatória. É lícito afirmar que, em nossos dias, falar da arte ou falar da tecnociência da medicina é quase a mesma coisa. Não há, no âmbito da herança cultural em que nos movemos, arte sem tecnociência nas ações de assistência médica. A tecnociência médica incorpora a arte médica, molda essa arte, expressa essa arte. A arte médica, por sua vez, reclama a tecnociência, alimenta-se dela, transfigura-se nela. Quando um profissional da saúde introduz entre seus procedimentos propedêuticos as evidências produzidas por uma Medicina Baseada em Evidências, ele está sacrificando a arte à tecnociência ou está produzindo arte médica como tecnociência? Quando as ciências e tecnologias médicas tornam-se mais e mais diversificadas e especializadas, estão elas procurando uma condição de pureza e autonomia científicas ou estão respondendo à diversificação de juízos requeridos para a tomada de decisões na assistência? Pensamos poder assumir como verdadeira a segunda posição em ambos os casos. Não parece, por isso, interessante polarizar 'arte x ciência'. Devemos, isto sim, problematizar de forma indissociável o par 'arte-tecnociência'. Ou seja, o que devemos examinar é o significado desse lugar destacado e determinante que a tecnociência passou a ocupar na arte da assistência. O que é essa arte tecnocientífica? O que são essas ciências completamente dependentes da arte de assistir à saúde? Por que a tecnociência da assistência à saúde tem sido acusada de ser irracional, desumana, onipotente?

Temos uma proposição hipotética a respeito dessa última indagação, que pode ser formulada como a afirmação de que a atual crise de legitimidade das formas de organização do cuidado em saúde, isto é, a falta de confiança nos seus alcances técnicos e éticos, decorre do 'progressivo afastamento da arte tecnocientífica da medicina em relação aos projetos existenciais que lhe cobram participação e lhe conferem sentido'. Dito de outra forma, é como se a terapêutica estivesse perdendo seu interesse pela vida, estivesse perdendo o elo entre seus procedimentos técnicos e os contextos e finalidades práticos que os originam e justificam. Narcísica, a medicina tecnocientífica encantou-se consigo mesma. Não cessa de se olhar no espelho, espelho que se desdobra *ad infinitum*, mostrando sempre mais à arte como ela pode ser

poderosa com a ciência e à ciência como são ilimitados seus potenciais artísticos. O conflito entre esses dois pólos não passa, portanto, de um artifício de imagem: o que parece uma negação de um ao outro não é mais que a busca do melhor ângulo para o mesmo reflexo. Uma mesma imagem busca incessantemente a si mesma, como dois espelhos antepostos. Arte e ciência oferecem uma à outra um enorme poder e, nesse encantamento mútuo, deixaram muitas vezes de se perguntar: 'poder de quem, poder por quê, poder para quê?'

Conforme nos mostrou Heidegger (1995), o querer, o julgar, o conhecer e o fazer são diferentes expressões de um mesmo "ser-aí". A compreensão sobre quem tem poder de fazer o que e por que é, portanto, fundamental para as relações entre a tecnociência médica e a vida da qual faz parte. Ao tornar-se quase impermeável a questões acerca do que seja, afinal, a saúde que persegue; ao limitar a um mínimo o lugar dos desejos e da busca de felicidade como critérios válidos para se avaliar o sentido das práticas; ao não se preocupar suficientemente com a natureza e os mecanismos da construção dos consensos intersubjetivos que orientam seus saberes (a práxis científica) e suas práticas (a práxis médica), a assistência à saúde começa a se tornar problemática, inclusive para seus próprios criadores, enfrentando crises econômicas, crises políticas, mas, especialmente, as já citadas crises de legitimidade.

Quando pensamos na assistência à saúde, vem-nos de imediato à mente a aplicação de tecnologias para o bem-estar físico e mental das pessoas. Em geral a formulação é simples: a ciência produz o conhecimento sobre as doenças, a tecnologia transforma esse conhecimento em saberes e instrumentos para a intervenção, os profissionais da saúde aplicam esses saberes e instrumentos, e produz-se a saúde. Precisamos considerar que a direção inversa também é verdadeira: que o modo como aplicamos e construímos tecnologias e conhecimentos científicos determina limites para o que podemos enxergar como necessidades de intervenção em saúde. Precisamos ter claro também que nem tudo que é importante para o bem-estar pode ser imediatamente traduzido e operado como conhecimento técnico. E por fim, mas fundamental, precisamos estar atentos para o fato de que nunca, quando assistimos à saúde de outras pessoas, mesmo estando na condição de profissionais, nossa presença na frente do outro se resume ao papel de simples aplicador de conhecimentos. Somos sempre alguém que, percebamos ou não, está respondendo a perguntas do tipo: "O que é bom pra mim?", "Como devo ser?", "Como pode ser a vida?" (Mendes Gonçalves, 1994; Schraiber, 1997b).

Ora, se tecnologia não é apenas aplicação de ciência, não é simplesmente um modo de fazer, mas é também, enquanto tal, uma decisão sobre quais coisas podem e devem ser feitas, então nós temos que pensar que nós, profissionais da saúde, estamos construindo mediações, estamos escolhendo dentro de certas possibilidades o que devem querer, ser e fazer aqueles a quem assistimos – e nós próprios. Por outro lado, se assumimos também que as respostas necessárias para alcançar a saúde não se restringem aos tipos de pergunta que podem ser formuladas na linguagem da ciência, então a ação em saúde não pode se restringir à aplicação de tecnologias. Nossa intervenção técnica tem que se articular com

outros aspectos não tecnológicos. Não podemos limitar a arte de assistir apenas à criação e manipulação de 'objetos'.

Na qualidade de portador de uma demanda de saúde, qualquer indivíduo é, de fato, potencial 'objeto de conhecimento e intervenção'. É isso que se espera das ciências e dos serviços de saúde. Contudo, nada, nem ninguém, pode subtrair a esse mesmo indivíduo, como aspirante ao bem-estar, a palavra última sobre suas necessidades. Encontrando suas ressonâncias profundas nas suas dimensões ontológico-existenciais, é preciso que o cuidado em saúde considere e participe da construção de projetos humanos. Como vimos, para cuidar há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma de vida que quer se opor à dissolução, que quer garantir e fazer valer sua presença no mundo. Então 'é forçoso, quando cuidamos, saber qual é o projeto de felicidade, isto é, que concepção de vida bem sucedida orienta os projetos existenciais dos sujeitos a quem prestamos assistência'. Como aparecem ali, naquele encontro de sujeitos no e pelo ato de cuidar, os projetos de felicidade de quem quer ser cuidado? Que papel desempenhamos nós, os que queremos ser cuidadores, nas possibilidades de conceber essa felicidade, em termos de saúde? Que lugar podemos ocupar na construção desses projetos de felicidade de cuja concepção participamos? A verdade é que raramente chegamos sequer a nos indagar sobre os projetos de felicidade daqueles indivíduos ou populações aos quais prestamos assistência, quanto mais participar ativamente de sua construção.

O Cuidado como Categoria Reconstrutiva

Atribuímos, aqui, ao Cuidado[3] o estatuto de uma categoria reconstrutiva, querendo com isso nos referir à aposta, fundamentada na trajetória reflexiva anteriormente descrita, de que existe uma potencialidade reconciliadora entre as práticas assistenciais e a vida, ou seja, à possibilidade de um diálogo aberto e produtivo entre a tecnociência médica e a construção livre e solidária de uma vida que se quer feliz, a que estamos chamando de Cuidado.

O momento assistencial pode (e deve) fugir de uma objetivação 'dessubjetivadora', quer dizer, de uma interação tão obcecada pelo 'objeto de intervenção' que deixe de perceber e aproveitar as trocas mais amplas que ali se realizam. Com efeito, a interação terapêutica apóia-se na tecnologia, mas não se limita a ela. Estabelece-se a partir e em torno dos objetos que ela constrói, mas precisa enxergar seus interstícios. Nesse sentido, o Cuidar põe em cena um tipo de saber que se distingue da universalidade da técnica e da ciência, como também se diferencia do livre exercício de subjetividade criadora de um produtor de artefatos. Ou seja, não é a *theoría* nem a *poíesis* o espaço privilegiado do Cuidado, mas aquele que os amalgama nas interações terapêuticas, a práxis, ou atividade prática. O saber que se realiza aqui (se deixarmos) é

[3] Para diferenciar o uso do termo nesta perspectiva reconstrutiva, isto é, de um 'ideal regulador' (Habermas, 1990), o grafaremos sempre com inicial maiúscula.

algo que na filosofia aristotélica é chamado de *phrónêsis* ou sabedoria prática, um tipo de saber que não cria objetos, mas constitui sujeitos diante dos objetos criados no e para seu mundo (Gadamer, 1991).

Ao considerarmos verdadeiramente esse outro saber no momento assistencial, assumimos que a saúde e a doença não são apenas objeto, mas, na condição mesma de objeto, configuram modos de 'ser-no-mundo'. Enquanto tal, utilizar ou não certas tecnologias, desenvolver ou não novas tecnologias, quais tecnologias combinar, quais tecnologias transformar, todas essas escolhas resultam de um juízo prático, um tipo de sabedoria diferente daquela produzida pelas ciências. Trata-se de uma sabedoria que não cria produtos, não gera procedimentos sistemáticos e transmissíveis, não cria universais, posto que só cabe no momento mesmo em que os seus juízos se fazem necessários. Quando o cientista e/ou profissional da saúde não pode prescindir da ausculta do que o outro (o paciente ou os grupos populacionais assistidos) deseja como modo de vida e como, para atingir esse fim, pode lançar mão do que está disponível (saberes técnicos inclusive, mas não só, pois há também os saberes populares, as convicções e valores pessoais, a religião etc.), então de fato já não há mais objetos apenas, mas sujeitos e seus objetos. Aí a ação assistencial reveste-se efetivamente do caráter de Cuidado.

Revalorizar a dignidade dessa sabedoria prática é, portanto, uma tarefa e um compromisso fundamentais quando se quer Cuidar. Mas isso nem sempre é fácil, porque é freqüente tomarmos o reconhecimento e a valorização desses saberes não-técnicos como obscurantismo, atraso. Isso nos parece um lamentável equívoco. Nós podemos não concordar com uma dada crença de um paciente, por exemplo, e, conversando com ele, seguirmos convictos de que essa crença não o beneficia, e até vir a convencê-lo disso. Mas, independentemente de o convencermos ou sermos convencidos por ele, se simplesmente desconsiderarmos um saber não-técnico implicado na questão de saúde com que estamos lidando, então não estaremos deixando a pessoa assistida participar de fato da ação em curso. Ela não estará sendo sujeito. É fundamentalmente aí que está a importância do Cuidar nas práticas de saúde: o desenvolvimento de atitudes e espaços de genuíno encontro intersubjetivo, de exercício de uma sabedoria prática para a saúde, apoiados na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a ação em saúde. Mais que tratar de um objeto, a intervenção técnica se articula verdadeiramente com um Cuidar quando o sentido da intervenção passa a ser não apenas o alcance de um estado de saúde visado de antemão, nem somente a aplicação mecânica das tecnologias disponíveis para alcançar esse estado, mas o exame da relação entre finalidades e meios, e de seu sentido prático para o paciente, conforme um diálogo o mais simétrico possível entre profissional e paciente.

É claro que certas assimetrias podem ser desejadas, ou mesmo humanamente inexoráveis. Por exemplo, o domínio de um sem-número de tecnologias e conhecimentos científicos é, na maior parte das vezes, absolutamente inviável e desinteressante para o assistido. Isso não deve servir de obstáculo, porém, a que ele compreenda os significados práticos de qualquer tipo de intervenção que lhe seja proposto, nem a que se criem canais que lhe permitam participar de escolhas relevantes sobre o que e como produzir nas tecnologias da saúde. Outro exemplo é o

lugar terapêutico de uma certa confiança 'quase-incondicional' que a pessoa fragilizada por algum padecimento de saúde tende a depositar no seu cuidador, o que não precisa ser confundido com dependência ou inferioridade. Recuperar a dignidade da sabedoria prática, da *phrónêsis*, abrir espaço para a reflexão e a negociação sobre objetivos e meios das ações em saúde, sem determinar de modo absoluto e *a priori* onde e como chegar com a assistência: eis como vemos se configurarem o norte político e as tarefas práticas de uma reconstrução das ações de saúde quando se tem o Cuidado como horizonte.

O Cuidado e os Desafios da Reconstrução

São diversos os desafios que se colocam para a reconstrução das práticas de saúde no sentido 'reconciliador' anteriormente apontado. Não temos aqui a pretensão de listá-los exaustivamente, tampouco de estabelecer qualquer tipo de hierarquização ou ordem de prioridades. Contudo, é possível identificar alguns mais imediatamente visíveis e que agruparemos conforme três motivações fundamentais: voltar-se à presença do outro, otimizar a interação e enriquecer horizontes.

Voltar-se à Presença do Outro

Por tudo o que foi dito aqui, torna-se evidente, no que se refere às tecnologias disponíveis, a necessidade de superar a restrição àquelas que trabalhem restritamente com uma racionalidade instruída pelos objetos das ciências biomédicas. Embora essas ciências ocupem lugar fundamental e insubstituível, pelo muito que já avançaram na tradução de demandas de saúde no plano da corporeidade, ao atentarmos para a presença do outro (sujeito) na formulação e execução das intervenções em saúde, precisamos de conhecimentos que nos instruam também desde outras perspectivas. É assim que a tradução objetiva das identidades e aspirações dos indivíduos e populações de quem cuidamos, para além da dimensão corporal realizada pelas ciências biomédicas, guarda enorme interesse para o Cuidar. Conceitos e métodos da psicologia, da antropologia, da sociologia, podem nos ajudar a compreender mais ricamente os sujeitos com os quais interagimos nas e pelas ações de saúde. Muito em particular, o recurso a essas outras possibilidades objetivadoras é essencial para se superar a perspectiva individualista que exerce tão forte influência em nossas práticas de saúde, desde suas raízes gregas.

Claro que não se pode imaginar que a incorporação de outras perspectivas científicas que tratem de estruturas e processos trans-individuais seja o suficiente para superar os excessos individualistas das tecnologias da saúde. Há aqui determinantes de diversas outras ordens que precisam ser considerados. Porém, se não é suficiente, certamente esse é um movimento necessário, pois tais disciplinas podem estender a fabulosa capacidade das ciências de produzir consensos intersubjetivos e instrumentalmente orientados para regiões discursivas que se ocupem de experiências coletivas, grupais, culturais, institucionais, ampliando possibilidades de aproximações tecnológicas a essas regiões. As bases científicas das tecnologias de saúde não precisam (e não devem) ficar restritas às ciências biomédicas. Um exemplo da possibilidade e

relevância desse enriquecimento disciplinar na instrução de práticas de saúde, e do correlativo alargamento do escopo de suas ações, é a proposição do quadro conceitual da vulnerabilidade (Mann & Tarantola, 1996; Ayres et al., 2003), desenvolvidas no contexto da epidemia de HIV/Aids. O enfoque da vulnerabilidade tem se mostrado um valioso instrumento para escaparmos à lógica cognitivo-comportamentalista na compreensão da suscetibilidade à infecção pelo HIV e, conseqüentemente, nos tem permitido ampliar as intervenções preventivas para além do território e das responsabilidades restritos à individualidade.

Temos também clareza, por outro lado, de que não é só na ampliação do espectro de saberes científicos que temos que trabalhar para que o outro e seus contextos estejam presentes no Cuidado. Mesmo considerando as diferenças de pressupostos e métodos das diversas disciplinas, a tendência dos saberes científicos, de modo geral, é trabalhar com regularidades, com relações de determinação que serão sempre muito abstratas em relação a situações concretas que vamos encontrar no cotidiano das práticas de saúde. Por isso é preciso também um trabalho de reconstrução que se dê no espaço mesmo de operação dos saberes tecnológicos. Assim, parece-nos bastante produtiva a classificação proposta por Merhy (2000) para os diferentes "estágios" de conformação e operação de tecnologias, chamando a atenção para a importância das "tecnologias leves", aquelas implicadas no ato de estabelecimento das interações intersubjetivas na efetuação dos cuidados em saúde. O espaço das tecnologias leves é aquele no qual nós, profissionais da saúde, estamos mais imediatamente colocados diante do outro da relação terapêutica. Assim, dependendo do modo como organizamos esse espaço de prática, teremos maiores ou menores chances de que, através do fluir de uma sabedoria prática por entre o mais amplo espectro de saberes e materiais tecnocientíficos disponíveis, a presença desse outro seja mais efetiva e criativa. Com preocupações dessa natureza, vemos recentemente tomarem forma algumas das mais importantes iniciativas de reconstrução das práticas de saúde por meio de reflexões e inovações em aspectos da maior relevância no cuidado em saúde, como "acolhimento", "vínculo" e "responsabilização" na organização da assistência à saúde (Silva Júnior, Merhy & Carvalho, 2003).

Otimizar a Interação

O espaço privilegiado das tecnologias leves nos traz a esta segunda área de motivação, que é a da otimização das interações. Teixeira (2003) chama a atenção para o fato de que o espaço das tecnologias leves pode ser entendido, por sua dimensão comunicacional, como um "espaço de conversação", e os serviços de saúde como complexas e dinamicamente interligadas "redes de conversação". O autor demonstra, a partir dessa perspectiva, que os onipresentes e substantivos diálogos que entretecem todo o trabalho em saúde não conformam apenas a matéria por meio da qual operam as tecnologias, mas que a conversação, ela própria, na forma como se realiza, constitui um campo de conformação de tecnologias. O autor exemplifica sua posição com a questão do acolhimento, mostrando que, mais que um espaço de recepção, ou um ponto determinado de um fluxograma, o acolhimento constitui um dispositivo que pode perpassar todo e qualquer espaço e momento de trabalho de um serviço de saúde. Para isso, e o mesmo

raciocínio parece valer também para a questão do vínculo e da responsabilização, basta que as tecnologias de conversação sejam desenvolvidas em prol de uma ausculta sensível – que permita em todos esses espaços e momentos a irrupção do outro, com suas variadas demandas – e de uma orientação assistencial voltada para a integralidade do cuidado –, com capacidade e agilidade de produzir algum tipo de resposta do serviço a essas demandas. Por outro lado, quanto mais tais redes de conversação forem percebidas e trabalhadas, tanto mais as vozes e demandas dos sujeitos técnicos se farão ouvir também, pois, do mesmo modo que os indivíduos e populações 'alvo', também os operadores da técnica se vêm limitados em sua expressão subjetiva por tecnologias instruídas por categorias excessivamente universais, abstratas e rígidas.

Instruídas por uma concepção dialógica, não apenas a sensibilidade da ausculta (bilateral) e a capacidade de resposta devem ser repensadas nos serviços de saúde. A própria avaliação do que seja o bom êxito das ações desenvolvidas precisa sofrer rearranjos correspondentes. Neste modo de ver, não faz sentido, por exemplo, enxergar necessariamente como fracasso os limitados resultados obtidos no desempenho de uma atividade, a não adesão a uma proposta de atenção ou mesmo a pouca demanda por um serviço oferecido. Desde uma compreensão dialógica das ações de saúde, todo e qualquer fracasso técnico, como também todo e qualquer êxito, admite (e reclama) ser avaliado simultaneamente quanto ao seu significado prático. Em outras palavras, é preciso que não apenas o alcance de fins, mas também a qualidade dos meios, isto é, a 'efetividade comunicacional' das atividades assistenciais, em termos de forma e conteúdo, se incorpore como preocupação e norte do planejamento e avaliação das ações e serviços de saúde (Sala, Nemes & Cohen, 2000).

Enriquecer Horizontes

Finalmente, a orientação em relação a um Cuidar efetivo, no qual a presença do outro seja ativa e as interações intersubjetivas sejam ricas e dinâmicas, exige que tanto a racionalidade orientadora das tecnologias quanto os âmbitos e agentes de sua operação tenham seus horizontes expandidos. É preciso superar a conformação individualista, rumo a esferas também coletivas, institucionais e estruturais de intervenção e enriquecer a racionalidade biomédica com construtos de outras ciências e outros saberes. Todos esses nortes dependem de que saiam do jargão sanitário e passem a fazer parte de efetivos rearranjos tecnológicos as surradas bandeiras da 'interdisciplinaridade e intersetorialidade' – as quais nunca será demais endossar. A essas somaríamos outra, ainda, não tão celebrada mas já relativamente valorizada: a da pluralidade dialógica, isto é, a abertura dos espaços assistenciais a interações dialógicas por meio de linguagens outras, como a expressão artística, o trabalho com linguagens corporais e mesmo outras racionalidades terapêuticas.

Temos razões objetivas para otimismo em relação às possibilidades atuais de expansão de horizontes. Conforme dizíamos no início, há uma série de novas propostas em curso no campo da saúde, algumas ainda apenas na forma de discursos, outras já se estendendo como práticas mais consolidadas que podem contribuir nessa direção. Os Programas de Saúde da Família

(PSF) dão nova base para articulações intersetoriais e promovem a entrada de novos cenários, sujeitos e linguagens na cena da assistência; a sensibilidade para os aspectos socioculturais do processo saúde-doença ganha novo ímpeto com a crescente ênfase dada à promoção da saúde; quadros como o da vulnerabilidade resgatam os aspectos contextuais e institucionais como esfera de diagnóstico e intervenção em saúde, chamando à interação entre diferentes disciplinas e áreas do conhecimento; a vigilância da saúde incorpora novos objetos e tecnologias e, especialmente, propicia um intenso protagonismo comunitário na definição de finalidades e meios do trabalho sanitário. Todas essas mudanças constituem novas interfaces dialógicas com enormes potenciais para os sentidos de reconstrução das práticas de saúde que acabamos de discutir. Resta-nos agora o não pequeno desafio de fazer com que os novos discursos trazidos por e com essas recentes proposições permitam, efetivamente, reconstruir nossas práticas de saúde para que possamos sempre mais chamá-las de Cuidado.

Referências Bibliográficas

ACKERKNECHT, E. H. *A Short History of Medicine*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1982.

ARENDT, H. *A Condição Humana*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1981.

AYRES, J. R. C. M. *Sobre o Risco: para compreender a epidemiologia*. São Paulo: Hucitec, 1997.

AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. (Orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. (Orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

FOUCAULT, M. *Resumo dos Cursos do Collège de France (1970-1982)*. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

FOUCAULT, M. *História da Sexualidade III*. Rio de Janeiro: Graal, 2002.

GADAMER, H. G. *Verdad y Método*. Salamanca: Sígueme, 1991.

GRONDIN, J. *Introdução à Hermenêutica Filosófica*. São Leopoldo: Editora Unisinos, 1999.

HEIDEGGER, M. *Ser e Tempo I*. Petrópolis: Vozes, 1995.

MANN, J. & TARANTOLA, D. J. M. (Eds.) *Aids in the World II*. New York: Oxford University Press, 1996.

MENDES GONÇALVES, R. B. *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1994.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 6:109-16, 2000.

PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.) *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro, IMS/Uerj, Abrasco, 2003.

SALA, A.; NEMES, M. I. B. & COHEN, D. D. Avaliação na prática programática. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B. & MENDES GONÇALVES, R. B. (Orgs.) *Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 2000.

SCHRAIBER, L. B. *Medicina Tecnológica e Prática Profissional Contemporânea: novos desafios e outros dilemas*, 1997a. Tese de Livre-docência, São Paulo: Faculdade de Medicina, USP.

SCHRAIBER, L. B. No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 1(1):123-138, 1997b.

SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B. & MENDES GONÇALVES, R. B. (Orgs.) *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica.* São Paulo: Hucitec, 2000.

SIGERIST, H. *Hitos en la Historia de la Salud Pública.* México, D.F.: Siglo Veintiuno, 1990.

SILVA JÚNIOR, A. G.; MERHY, E. E. & CARVALHO, L. C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.) *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.* Rio de Janeiro: IMS/Uerj, Abrasco, 2003.

STEIN, E. *Seis Estudos sobre Ser e Tempo.* Petrópolis: Vozes, 1988.

TEIXEIRA, R. R. *Estudo sobre a Técnica e a Saúde*, 2003. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Medicina, USP.

7. ANTROPOLOGIA, SAÚDE E MEDICINA:

UMA PERSPECTIVA TEÓRICA A PARTIR DA TEORIA DA AÇÃO COMUNICATIVA DE HABERMAS

Marcos S. Queiroz

A TRADIÇÃO DA ANTROPOLOGIA SOCIAL E CULTURAL

O objetivo, aqui, é focalizar a relação existente entre antropologia, medicina e saúde coletiva, propondo, ao mesmo tempo, uma dimensão teórica mais abrangente, que possa contribuir para o desenvolvimento desta área interdisciplinar. Em outra ocasião, realizamos um inventário sobre os rumos tomados por esta área de estudos, focalizando, em particular, a situação do Brasil (Queiroz & Canesqui, 1986a) e a situação internacional (Queiroz & Canesqui, 1986b). Outros estudos focalizaram o estado de arte desta área em contexto mais recente (Canesqui, 1988).

O artigo inicia-se com um foco dirigido a alguns aspectos essenciais da antropologia moderna, segue aproximando-se das principais dimensões teóricas dessa disciplina, que se abrem para a área da saúde coletiva, e conclui apresentando a Teoria da Ação Comunicativa como um meio pelo qual a antropologia pode recuperar seu interesse pela dimensão macrossociológica e, com isso, estreitar ainda mais a interação com a medicina e saúde coletiva.

É evidente que o campo de abrangência deste estudo é bastante amplo, o que o obriga a tomar como parâmetro apenas algumas referências consideradas não só clássicas como também oportunas para esta exposição. Como não se trata de realizar um inventário do estado de arte, envolvendo a produção antropológica internacional e brasileira, é evidente que muitos trabalhos importantes deixaram de ser contemplados.

O trabalho pioneiro de Malinowski, *Os Argonautas do Pacífico Ocidental* (1976), inaugura o que se convencionou chamar de antropologia moderna. Diante dessa obra, tudo que viera antes, como o evolucionismo de Frazer (1922) ou o difusionismo de Tylor (1964), pode ser considerado como parte da pré-história da antropologia, uma vez que se baseava em fatos conjeturais, assentados em princípios e valores etnocêntricos, ou seja, comprometidos com a tendência de avaliar o 'outro' a partir de um ponto de vista impregnado de princípios e valores pertencentes ao mundo do observador.

A pretensão de entender o 'outro' em seus próprios termos coincide com a necessidade de promover metodologias que pudessem controlar tanto os valores como as categorias intelectuais provenientes do mundo do investigador. Tal postura metodológica, essencialmente qualitativa, passou a exigir dos investigadores dois tipos de disciplina: um, de caráter emocional, que pressupõe abertura e tolerância em relação ou 'outro'; outro, de caráter intelectual, que pressupõe disciplina e controle voltados aos próprios valores morais e categorias de percepção e de entendimento presentes inevitavelmente no mundo do investigador.

O grande inimigo da antropologia moderna passou a ser a atitude etnocêntrica que, à menor distração do pesquisador, se insinua e deixa traços em sua pesquisa. Para controlar tal atitude, é necessário explicitar os procedimentos e as circunstâncias da observação do fato pesquisado, numa situação em que o pesquisador se torna parte inevitável do experimento. Nesse esquema, a divisão entre sujeito e objeto, tão cara ao desenvolvimento da ciência positiva, desde Descartes e Bacon, deixa de existir. O método antropológico solicita, da mesma maneira que a postura fenomenológica, apreensão da essência das coisas, e não o seu controle.

A metodologia qualitativa inaugurada pela antropologia moderna introduz vários problemas que acarretam conseqüências importantes. A principal delas é a possibilidade de conferir relatividade ao fenômeno investigado. Assim, a proposta antropológica transcende, sem negar, o mundo dimensionado pelo positivismo, ao acrescentar a ele uma perspectiva subjetiva, que se projeta no sentido de profundidade do fato pesquisado. O método da observação participante, inaugurado pela antropologia moderna, coloca o sujeito e o objeto numa relação na qual nem o 'outro' é consumido pelo sujeito, nem vice-versa. Nesse espaço, qualquer proposta metodológica fechada estaria fadada ao fracasso. O método deve abrir-se num processo de negociação perene com a realidade estudada. Além disso, uma boa etnografia passou a exigir um comprometimento, por parte do investigador, maior do que uma mera avaliação intelectual do 'outro'. Passou a exigir, como deixou claro Malinowski (1976), além de um levantamento de dados quantitativos, uma avaliação dos imponderáveis da vida social, do colorido emocional presente nos eventos, que escapam ao controle numérico e exigem do pesquisador uma abertura emocional e intuitiva.

Na pesquisa antropológica, os conceitos e operacionalizações metodológicas parecem-se, num certo sentido, mais com a linguagem artística do que com aqueles das ciências exatas e naturais. Como muito bem expressam Denzin e Lincoln (1994), um etnógrafo, no fundo, sabe que os métodos para se chegar aos resultados da pesquisa são concomitantes à investigação e só podem ser explicitados totalmente após a conclusão de seu trabalho.

Se, na tentativa antropológica de apreender o 'outro', é impossível sair totalmente de si mesmo, a tensão que esta tentativa produz propicia uma perspectiva de relatividade, voltada para um relacionamento inevitável entre o mundo observado e o mundo do observador. O conhecimento produzido apresenta, assim, uma direção dupla que se projeta tanto em relação à realidade estudada quanto em relação ao mundo do observador.

Uma outra contribuição importante trazida por Malinowski (1976) diz respeito à sua perspectiva de totalidade do fato psicológico e social. O fato social, nessa perspectiva, só adquire sentido no interior do contexto cultural que o configura. Se esse fato for isolado de seu contexto, ele poderá parecer absurdo e irracional.

Embora a perspectiva inaugurada por Malinowski (1976) tenha contribuído significativamente para o desenvolvimento da metodologia qualitativa moderna, a sua postura teórica funcionalista revelou, da mesma forma que em Durkheim (1957), uma perspectiva rígida, incapaz de lidar com dimensões importantes da realidade social, como a mudança, o conflito e a criatividade, que se manifestam tanto no nível individual como no grupal. Foi assim que o desenvolvimento teórico, tanto do estruturalismo durkheimiano como do funcionalismo de Malinowski, necessitou de uma abertura para incluir o indivíduo e a dimensão cotidiana do fato social, cultural e psicológico. Foi esse o empreendimento que se propuseram realizar, no interior da antropologia social britânica, autores como Gluckman (1973), Leach (1977), Turner (1957) e, no interior da antropologia cultural norte-americana, autores como Garfinkel (1967) e Goffman (1974).

O olhar antropológico desses pesquisadores partia do pressuposto de que a sociedade se estrutura com base em vários princípios culturais, que podem ser complementares ou conflitantes entre si, e não em apenas uma única totalidade cultural, como pretendia Malinowski (1976). As circunstâncias vividas no cotidiano freqüentemente colocam os indivíduos em uma posição em que são estimulados a desempenhar papéis compatíveis ou em conflito com determinados princípios culturais. Eles, os indivíduos não podem ser percebidos como meras marionetes que reproduzem incondicionalmente os valores e as regras de uma sociedade. Pelo contrário, em várias circunstâncias, tais princípios são manipulados, alterados e adaptados às circunstâncias e às conveniências de indivíduos ou grupos sociais imersos em suas condições de vida cotidiana.

Victor Turner (1957), em sua obra clássica sobre os ndembu da África Oriental, desenvolve o conceito de 'drama social', uma circunstância fundamentada no conflito entre indivíduos ou grupos sociais, que permite evidenciar a estrutura social profunda e inconsciente da sociedade. Numa situação de calmaria social, jamais o investigador chegaria a desvendar essa estrutura profunda, exatamente porque, como já advertira Malinowski (1976) – antecipando o desenvolvimento ulterior de sua teoria –, o que os indivíduos dizem é diferente do que eles fazem.

Tal postura apresenta alguma analogia tanto com a psicanálise freudiana – em que o conflito aparece como uma dimensão psicológica inevitável entre o superego e o id – como com o materialismo histórico de Marx – na qual o conflito é necessário tanto para a emancipação do ser humano como para o desenvolvimento da História.

A perspectiva da nova antropologia social e cultural, trazida pelos autores mencionados anteriormente, contém, portanto, uma concepção complexa e maleável de sociedade e cultura,

que assentadas em bases estruturais conflitantes entre si, permitem um equilíbrio social inevitavelmente precário. Os indivíduos são agentes que reproduzem essas bases, mas o fazem através de uma interpretação subjetiva, geralmente condicionada por interesses pessoais de ordem econômica, política ou meramente simbólica, como deixaram claro as etnografias de Turner (1957), Gluckman (1973) e Leach (1977) e, mais modernamente, Geertz (1973).

Os níveis da cultura, das representações sociais, das racionalidades ou das ideologias, nesse enfoque, deixam de ser meros reflexos da estrutura social mais ampla, e apresentam, em relação a esta, uma autonomia relativa. Trata-se de esferas que se referem inevitavelmente a uma determinada configuração sociocultural, mas que, diante dela, podem conter elementos de inversão, de oposição e de conflito. É no interior desse cenário mais amplo que a medicina, o sistema de saúde, as racionalidades, práticas e representações sobre saúde e doença aparecem como temas de interesse antropológico.

Antes de concluir este tópico, cabe uma palavra sobre a contribuição do marxismo, ou de perspectivas por ele influenciadas, ao desenvolvimento do pensamento antropológico em geral e, mais especificamente, à área da antropologia da saúde e medicina.

Em primeiro lugar, é preciso mencionar que, por muito tempo, o relacionamento da antropologia com a teoria marxista foi difícil, principalmente pela postura funcional-estruturalista hegemônica da primeira e a dificuldade da segunda em admitir que tal perspectiva possa realçar um aspecto importante da realidade social. Recentemente, no entanto, tem havido esforços bastante produtivos de integrar a antropologia em um corpo teórico mais amplo, no qual o marxismo aparece como uma base fundamental.

No marxismo moderno, há uma inquestionável tendência acerca da inclusão de dimensões culturais na base do materialismo histórico, como em Gramsci (1978) e Luckács (1998), além da inclusão de uma preocupação hermenêutica à sua perspectiva dialética, como o encontrado em Minayo (1992). O esforço desta última autora para conciliar o materialismo histórico com as perspectivas metodológicas de análise sincrônica ocorre tendo como referência justamente a área interdisciplinar entre as ciências sociais (com ênfase na antropologia social e cultural), a medicina e a saúde coletiva.

Cabe lembrar, ainda, o importante trabalho desenvolvido por Zaluar (1985), que é bem sucedido no empreendimento de estabelecer uma conexão entre a perspectiva local, dimensionada pelo método etnográfico, e a sociedade brasileira mais ampla, dominada pelo sistema econômico e social capitalista e observada sob uma perspectiva marxista.

Contudo, ainda que tais autores tenham apontado a importância das perspectivas socioculturais e fenomenológicas na configuração do fato social, fica ainda faltando uma grande teoria que pudesse conciliar plenamente tal dimensão com a transformação dialética da realidade social. Ainda que autores importantes como Sahlins (1976) e Geertz (1978) tenham elabo-

rado uma perspectiva teórica que privilegia a dimensão cultural na explicação dos fatos sociais – em resposta ao ponto de vista marxista, que privilegia a dimensão econômica –, tal perspectiva não chega a ser explicativa para amplos setores da modernidade, principalmente no que diz respeito ao sistema econômico, político e administrativo.

Como, no entanto, as dimensões econômica, política e administrativa influenciam, cada vez mais, o desenvolvimento da modernidade e, com isso, passam a subordinar amplos aspectos da cultura, mesmo em povos periféricos ao sistema capitalista, a antropologia terá inevitavelmente que se envolver com uma macro-teoria que dê conta desse tipo de situação.

Antes de propor a Teoria da Ação Comunicativa de Habermas (1984) como um instrumento bastante oportuno para que a antropologia possa continuar transitando entre as dimensões 'micro' e 'macro' em contexto moderno, focalizaremos mais de perto, no próximo tópico, as contribuições da antropologia à área da saúde.

Contribuições da Antropologia à Medicina e à Saúde Coletiva

Teorias da doença, envolvendo etiologia, diagnóstico, prognóstico, tratamento e cura são partes do repertório cultural de grupos humanos e variam no tempo e no espaço, em consonância com a variação cultural. O primeiro foco antropológico moderno sobre esse tema foi o de Rivers (1924), que conceituou este campo como um subsistema interno ao sistema cultural de uma sociedade, antecipando assim a consolidação das bases da teoria funcionalista. Desse modo, crenças sobre saúde e doença de povos 'primitivos' deixaram de ser encaradas como fenômenos ilógicos, bizarros ou irracionais, passando a ser percebidas como teorias da causação da doença, que fazem sentido dentro do contexto cultural a que pertencem. É importante que se esclareça que Rivers realizou seu estudo antes de Malinowski e Boas, e sua obra antecipa o 'relativismo cultural' desses autores.

Evans-Pritchard (1937) realizou uma obra clássica dentro da antropologia que também serve à área da medicina e saúde. A sua preocupação envolvia, de um modo geral, teorias de causação de infortúnios individuais, inclusive doenças, principalmente no que se refere à lógica da acusa-ção de feitiçaria. Ele mostrou que, para os azande, toda doença, assim como toda má sorte individual, provém de um feitiço, ação que reflete a estrutura de poder e suas divisões dentro da sociedade. Ao obedecer a uma lógica em que conflitos socialmente estruturados se expressam e se resolvem através de uma complexa interação sociopolítica, a crença em feitiçaria deixou de ser encarada como resultado de uma mentalidade primitiva, mas como uma expressão cultural de uma complexa realidade humana.

Desenvolvendo ainda mais as idéias lançadas por Evans-Pritchard, Turner (1977) mostrou que a medicina africana utiliza-se de um paradigma baseado principalmente em fatores sociais. Nele, não só as doenças, como também as curas, são percebidas como resultantes de crises e reconciliações no relacionamento social. Turner mostrou, em particular, como o cu-

randeiro ndembu exerce as suas ativida-des de cura mais concentrado no grupo social do que no paciente individual. Ele observou ainda que, naquela cultura, o paciente não melhorará enquanto as tensões e agressões nas inter-relações grupais não tiverem sido expostas à luz e ao tratamento ritual. O papel do médico ndembu, então, é se deixar sensibilizar pelas correntes sociais de sentimentos conflituosos e pelas disputas interpessoais e, ao mesmo tempo, canalizá-las num sentido positivo. Assim, "as energias cruas do conflito são domesticadas a serviço da ordem social" (Turner, 1977:43).

O propósito de Turner, nesse estudo, foi mostrar que mesmo uma medicina 'primitiva' como a dos Ndembu pode oferecer, segundo a sua própria expressão, lições para a medicina científica ocidental, muito embora ele resista à idéia de romantizar a situação, ao lembrar que essa medicina convive com um baixíssimo nível de saúde das populações a que servem.

O relativismo cultural norte-americano suscitou o interesse pelo estudo dos costumes e funcionamento das culturas, enfatizando a relatividade das condutas normais e patológicas. Os trabalhos de Benedict (1934) que mostraram que aquilo que as sociedades ocidentais consideram fatos patológicos podem ser observados como perfeitamente normais em outras sociedades, e vice-versa, podem ser considerados típicos dessa linha. Dentro do paradigma funcionalista, essa postura enfatizou a afirmação de que cada elemento de uma organização cultural deve ser visto como dotado de um sentido próprio e único, impossível de ser extrapolado para uma outra organização cultural.

Ainda no interior do paradigma funcionalista, a investigação da causa (cultural e biológicia) dos fenômenos resultantes do desvio da norma impôs a colaboração conjunta da psiquiatria e da antropologia, abrindo assim o campo hoje denominado 'etnopsiquiatria'. Linton (1999), por exemplo, ao combinar categorias biológicas com antropológicas, distinguiu as anomalias absolutas, válidas para todas as sociedades, das anomalias relativas, capazes de expressar o normal e o patológico próprios exclusivamente a uma cultura particular.

Parsons (1951), um dos mais importantes autores do funcionalismo, retoma a questão do desvio como fenômeno sociológico (e não necessariamente psiquiátrico), no interior do qual a medicina é encarada como uma instituição indispensá-vel à manutenção do equilíbrio social, por lutar contra uma das fontes mais perigosas de disfunção e desvio, ou seja, as doenças. O seu conceito de 'papel social', em geral, e 'papel de doente', em particular, evocam um conjunto de expectativas padronizadas, que definem as normas e os valores apropriados ao indivíduo e àqueles que interagem com ele. De modo geral, em qualquer meio social a norma é sempre reforçada e o desvio, punido.

No interior dessa linha, uma divisão fundamental se estabelece entre os aspectos objetivos e os subjetivos da doença, sendo que os primeiros dependem das ciências médicas e biológicas para a sua compreensão e os segundos, das ciências sociais. Assim, os campos da sociologia e da antropologia da medicina e saúde passaram a se concentrar no comportamento social com

relação à doença e, particularmente, no 'mal-estar', já que este configura uma área bastante aberta para diferentes interpretações cosmológicas e diferentes padrões de comportamento, variando conforme a experiência social do indivíduo (Kleinman, 1980).

Zborowski (1952) e Zola (1975) podem ser tomados como exemplos importantes desse tipo de postura em seus estudos sobre as reações à dor entre indivíduos de diferentes influências culturais. Ambos os autores sustentam que o fenômeno 'dor' não inclui tão-somente uma dimensão biológica, mas também, necessariamente, uma dimensão cultural. A antropologia, nesse caso, promove uma visão multidisciplinar de fenômenos que, antes, eram observados de um ponto de vista exclusivamente médico.

Outros trabalhos foram realizados em uma conjunção bastante estreita com a perspectiva da medicina oficial, integrando o desempenho de sociólogos, antropólogos e médicos dentro de programas de saúde pública em áreas periféricas. Assim, os pontos de vista sociológico e antropológico contribuíram para a penetração mais efetiva das técnicas sanitárias em comunidades pobres. As palavras de Benjamin Paul ilustram perfeitamente tal atitude:

> Se você quiser controlar pernilongos você deve aprender a pensar como um deles. A irrefutabilidade desse argumento é evidente. Ele se aplica, no entanto, não apenas para as populações de pernilongo que se procura exterminar, mas também para populações humanas que se procura beneficiar. Se se deseja ajudar uma comunidade a melhorar a sua saúde, deve-se aprender a pensar como uma pessoa dessa comunidade. (Paul, 1955:1)

Sob a influência da postura funcionalista, alguns estudos enfatizaram o aspecto objetivo da realida-de, enquanto outros enfatizaram o aspecto subjetivo, dentro da tradição fenomenológica.

Foster (1953, 1976), um dos pioneiros da área da antropologia médica nos Estados Unidos, pode ser tomado como um bom exemplo de uma postura mais próxima de uma perspectiva 'objetivista', influenciada pelo funcionalismo. Trata-se de uma postura hegemônica na época, que lida com as crenças e costumes da população como heranças reificadas pela cultura. Para os adeptos dessa visão, os indivíduos aparecem como 'marionetes', que apenas reproduzem o legado cultural, sem que possam exercer sobre esta dimensão um aspecto crítico.

Como já mencionamos aqui, tal postura foi criticada no interior do desenvolvimento teórico da antropologia por autores que mostraram que, a não ser em casos extremos, a cultura, mesmo de sociedades simples, não é monolítica e comporta dimensões antagônicas e, até mesmo conflitantes. Isso é particularmente verdadeiro em contexto moderno, em que mesmo as sociedades tribais têm alguma forma de contato com a influência da sociedade moderna (Gluckman, 1973).

Nesse caso, os vários elementos da cultura são inevitavelmente interpretados e manipulados por indivíduos e grupos de acordo com seus interesses mais imediatos, o que os torna agentes sempre dispostos a manipular aspectos culturais em favor de interesses e ganhos polí-

ticos, econômicos e simbólicos em geral. Como mostra Turner (1957) a esse respeito, o que é importante não é tanto a crença que o indivíduo expressa, mas o contexto que torna a expressão de tal crença oportuna.

A 'teoria do rótulo' e o 'interacionismo simbólico', por sua vez, constituíram vertentes subjetivistas influenciadas principalmente pela perspectiva fenomenológica e também pelo paradigma funcionalista mais amplo. A 'teoria do rótulo' sugere que a sociedade é muito menos um sistema coerente do que um arranjo pluralístico de grupos que competem entre si para impor a sua visão de mundo. Assim, temos uma relatividade total das normas, que só são válidas para os grupos sociais específicos que as sustentam. A simples criação de uma norma implica necessariamente a criação de desviantes, como enfatizou Becker (1963).

Já o interacionismo simbólico critica o caráter determinista do sistema social do funcionalismo e propõe uma visão segundo a qual os indivíduos desempenham as ações relevantes com base na interpretação que eles imprimem à realidade. Assim, a ordem social não é somente dada como propusera Durkheim (1971), mas também criada na interação de seus membros. Como insistia George Herbert Mead (1967), o indivíduo não consiste somente de normas internalizadas de conduta; ele sempre pode agir impulsiva e inventivamente de maneira que não foi aprendida na sociedade.

No campo da medicina, essas teorias ou metodologias têm produzido trabalhos interessantes como, por exemplo, o de Rosenhan (1980), cuja equipe de pesquisadores se internou como esquizofrênicos em vários hospitais psiquiátricos por vários dias em diferentes regiões dos EUA. A pesquisa mostra que, em nenhum dos casos, a 'farsa' foi descoberta, apesar do comportamento amigável, não disruptível e absolutamente normal que todos eles exibiram. O autor comprova que, uma vez que alguém é rotulado como doente mental, não há nada que se possa fazer para desmentir o rótulo, pois a percepção da realidade dos agentes hospitalares depende de uma configuração organizada previamente que, dessa forma, rotula a realidade. Assim, o autor conclui que a categorização psicológica da doença mental é, na melhor das hipóteses, inútil.

A análise de Goffman (1974) sobre hospitais para doentes mentais é das mais importantes. Como o lugar do doente é fundamental nessas instituições, e como este lugar é organizado em função de uma lógica que beneficia a própria ordem institucional, ao papel do doente é dada pouca margem para desvios. O paciente é obrigado a seguir esse papel depois de vários processos de 'mortificação do eu', ou seja, processos que visam, de um lado, à perda de sua identidade anterior, tais como o uso de uniforme, a raspagem da cabeça e a perda do nome em favor de um número; e, de outro, à conformidade com o novo papel de doente. Não obstante tais procedimentos, característicos das chamadas instituições sociais totais, o indivíduo ainda assim desenvolve estratégias de sobrevivência que podem parecer insanas ou bizarras, mas que no contexto em que se manifestam devem ser consideradas como respostas compatíveis com as condições em que são obrigados a viver.

A etnometodologia é outra postura teórica desenvolvida nos EUA que tem contribuído para o campo da antropologia da saúde e medicina. Ela originou-se a partir dos estudos de Boas, que considerava os fenômenos culturais e lingüísticos como relacionados entre si e dotados de uma origem inconsciente comum. Garfinkel (1967) foi o autor que realmente estabeleceu os métodos dessa postura, a partir da qual a ordem social é vista como uma dimensão existente muito menos no sistema social externo ao indivíduo e muito mais como uma dimensão interior ao ator social, que é criada e recriada continuamente na dimensão cotidiana.

Na área da etnomedicina, Frake (1977), que analisou o sistema médico entre os subanum de Mindanao, nas Filipinas, pode ser considerado um autor bastante representativo. Numa etnografia densa e rigorosa, ele mostra que em alguns aspectos esse sistema de medicina realiza uma discriminação mais elaborada, principalmente entre os sintomas de doença de pele, do que a da medicina científica.

Tanto a 'teoria do rótulo' como o 'interacionismo simbólico' e a etnometodologia podem ser entendidos como reações liberais ao conservadorismo funcionalista. Para ambas as perspectivas, não existe a preocupação de observar fatos relativos ao sistema social mais amplo, uma vez que a organização da sociedade é vista como algo fluido, pouco consistente e em constante mudança pela manipulação e reação contínua de seus membros. A crítica que se pode fazer a tais posturas diz respeito à reduzida dimensão que dão para a estrutura social mais ampla e, nela, a incapacidade de dimensionar uma perspectiva histórica. Além disso, na medida em que adotam um relativismo radical, tais posturas freqüentemente perdem a escala do fenômeno dimensionado por seu estudo.

O estruturalismo avançou muito a partir de Durkheim. Além da perspectiva de autores como Gluckman, Turner e Leach, já mencionados no tópico anterior, é preciso destacar a proposta de Lévi-Strauss (1970), que também teve *insights* importantes na área da medicina e cura. Sua análise sugere um vasto campo de estudos relacionados tanto com o caráter psicossomático da doença como com o efeito placebo de inúmeros tratamentos e terapias médicas, científicos ou não. Com a exceção de Comaroff (1978), que realizou um trabalho bastante interessante sobre o aspecto placebo existen-te em grande parte das consultas de clínicos gerais na Grã-Bretanha, não têm havido muitos estudos antropológicos nessa área sobre o assunto.

A crítica que se pode fazer ao estruturalismo também diz respeito à sua dificuldade de lidar com a história e com os conflitos sociais. Para Lévi-Strauss, as diferenças culturais são produtos das estruturas que se forjaram pelo acaso, e não de forças sociais determinadas. Tal perspectiva mascara o fato de que tanto a arbitrariedade da existência dos elementos de uma cultura como o desenvolvimento histórico em uma certa direção beneficiam inevitavelmente os interesses de certos segmentos de uma sociedade em detrimento de outros.

É possível, ainda, apontar as contribuições de Foucault (1977), que serviram de referência para muitos estudos no campo das ciências sociais em saúde e medicina, especialmente aqueles

voltados para as racionalidades dos saberes e das instituições médicas, que têm servido de reflexão aos aspectos culturais, ideológicos e, principalmente, políticos do saber, em geral. Influenciados por tal perspectiva no Brasil, é importante citar os trabalhos de Luz (1988, 1996, 2003).

Recentemente, o campo da antropologia da saúde e medicina tem-se desenvolvido em múltiplas direções, empregando diversos princípios teóricos e metodológicos. Autores de orientação empiricista como Edward Wellin, embora não considerem esse aspecto um problema, o reconhecem como um fato. Essa opinião, embora emitida há 27 anos, ainda encontra algum eco nos dias de hoje:

> Nós não temos muita teoria em antropologia em geral ou em antropologia da medicina em particular. O que nós temos são orientações teóricas, postulados amplos que envolvem modos de selecionar, conceituar e ordenar dados em resposta a certos tipos de questão. (Wellin, 1977:47)

Se Wellin tem razão quando observa os limites teóricos de um grande número de trabalhos na área, ele deixa de tê-lo quando não vê problema nesse fato. Sem uma teoria que formalize certas questões fundamentais, o resultado é, por melhor que seja a pesquisa, uma produção fragmentada, que não pode levar a um desenvolvimento sustentado dessa área científica.

A antropologia brasileira tem produzido excelentes trabalhos na área da saúde e medicina. De modo geral, tal produção foi influenciada, em grande medida, pela perspectiva estruturalista e culturalista, própria do corpo hegemônico da teoria antropológica. Em tal perspectiva, o nexo entre o nível local e um nível cultural mais amplo se processa em aspectos específicos, cujo significado simbólico encontra-se no nível da cultura. Duarte (1986, 1994), que analisa a saúde mental em geral e o fenômeno do 'nervosismo' em particular no Brasil; Uchoa e Vidal (1994) e Uchoa e colaboradores (2002), que estudam temas variados da antropologia da saúde, relacionados com aspectos simbólicos das doenças e do processo de envelhecimento; Queiroz (1991), que estuda a oferta, o consumo e as representações sobre saúde e doença; Alves (1993, 1994), que se aprofunda em aspectos teóricos e também contribui com etnografia relacionada com saúde mental; Leal (1995) e Leal e Lewgoy (1995), que iluminam a percepção do corpo e da sexualidade, podem ser lembradas como exemplos bem-sucedidos desse tipo de aproximação.

Se a perspectiva for influenciada pelo estruturalismo de Lévi-Strauss, então, em última instância, a questão é remetida ao nível de funcionamento do cérebro humano, que classifica a realidade de modo binário. Queiroz (1984), que analisa a lógica popular do 'quente' e 'frio', pode ser lembrado como um exemplo desse tipo de produção.

A conexão mais solidamente verificada entre o método antropológico e uma macroteoria moderna que abranja não só a sociedade e a cultura mais ampla como também a história da civilização, tem ocorrido pela influência do marxismo na antropologia. Tal influência é fundamental para a percepção do fenômeno e pode influenciar todo o transcorrer do estudo. Só para dar um exemplo: uma população pobre que habita uma favela na periferia urbana pode ser

vista do ponto de vista do desvio e da marginalidade, se houver um foco funcionalista, ou como uma parte fundamental do sistema capitalista, que contribui para regular o custo da mão-de-obra, se for observado a partir da postura marxista.

Mencionamos, anteriormente, Minayo (1992) como uma pesquisadora que, consistentemente, procura empreender esforços para aliar a perspectiva teórica 'micro' com a 'macro' com base no marxismo. É preciso acrescentar também o trabalho de Loyola (1984), que empreende uma etnografia muito bem-sucedida nesse aspecto.

No entanto, o ponto que gostaríamos de destacar aqui – e que significa a contribuição mais efetiva que este artigo procura dar – está no fato de que um marxismo reconstruído de uma perspectiva que reconcilia as dimensões subjetiva, objetiva e dialética, como o empreendido por Habermas, pode ser uma fonte renovadora importante para a teoria antropológica. O próximo tópico focalizará mais de perto essa possibilidade, enquanto a conclusão final trará algumas possibilidades que essa teoria poderia trazer para os estudos clássicos da antropologia.

Antropologia e a Teoria da Ação Comunicativa de Habermas

Uma grande parte dos grandes antropólogos estabeleceram bases de comparação entre os vários aspectos das culturas 'primitivas' com aqueles correspondentes da civilização ocidental moderna. Tal postura, inaugurada por Malinowski (1976), com sua análise do sistema social trobriandês, estabeleceu como espaço privilegiado do estudo antropológico a dimensão de pequena escala, com implicações que se estendem para esferas muito mais abrangentes, envolvendo a própria civilização ocidental e até mesmo a humanidade. Um exemplo de tal postura, entre vários outros que poderiam ser arrolados, encontra-se em sua refutação do pressuposto freudiano de que o complexo de Édipo teria uma dimensão universal, independentemente da cultura (Malinowski, 1973).

Contudo, observa-se nos estudos antropológicos modernos, cada vez mais, uma ênfase no rigor analítico das situações de pequena escala e, cada vez menos, implicações sobre questões de grande escala. Talvez a preocupação com o rigor analítico (com ênfase na experiência sensível com relação ao fato observado) e, por outro lado, a aversão à análise especulativa e conjetural tenham levado a antropologia a se concentrar quase que exclusivamente em situações de pequena escala, sendo que as implicações com esferas mais abrangentes só ocorrem pontualmente. Desse modo, o desenvolvimento teórico da antropologia moderna tem excluído de suas preocupações a perspectiva de evolução, seja da sociedade ou cultura, seja da consciência humana.

Tal condição dos estudos antropológicos tem recebido críticas, principalmente da perspectiva marxista, que aponta nos estudos antropológicos a fraqueza de uma postura empirista desconectada de uma perspectiva teórica mais ampla. Por outro lado, os antropólogos, muitas vezes, consideram a teoria marxista como uma perspectiva quase 'etnocêntrica', uma vez que ela reflete não a realidade como ela se manifesta, mas uma projeção volitiva do pesquisador sobre ela.

De certa forma, o progresso teórico das ciências sociais exigiu o desenvolvimento de uma especialização entre os diferentes prismas pelos quais o fato social pode ser dimensionado, configurando assim suas três grandes vertentes teóricas: a fenomenologia, o funcional-estruturalismo e o marxismo. Em tal processo, cada campo especializado, ao mesmo tempo que promovia seu enfoque teórico, procurava desqualificar o desenvolvido pelos demais. Nesse processo, havia pouca margem para um diálogo entre tais vertentes teóricas e, muito menos ainda, para uma tentativa de integração.

Assim, a dimensão subjetiva do fato social foi projetada na perspectiva fenomenológica que, por sua vez, influenciou o método etnográfico, o interacionismo simbólico e a etnometodologia. A dimensão objetiva do fato social foi projetada na perspectiva positivista, que influenciou o método funcional-estruturalista. A evolução dinâmica das transformações sociais, por sua vez, foi projetada na perspectiva dialética, por intermédio do marxismo.

Atualmente, o progresso das ciências sociais exige que haja uma reconciliação entre tais perspectivas teóricas, como de fato tem ocorrido recentemente. O conhecimento teórico acumulado pelas ciências sociais não permite mais que se pretenda que o fato social possa ser interpretado exclusivamente por qualquer um desses prismas. É por isso que chama a atenção a Teoria da Ação Comunicativa de Habermas (1984), cuja elaboração foi assentada exatamente na crítica dessas posturas tomadas isoladamente e, ao mesmo tempo, na elaboração de uma perspectiva que as reconcilie, no interior de um sentido de totalidade que aspira, ao mesmo tempo, a um maior grau de racionalidade e autonomia comunicativa.

Em primeiro lugar, interessa à antropologia o postulado da teoria de Habermas de que todo o conhecimento da realidade social só pode ser engendrado através de um mergulho na dimensão micro ou, nos próprios termos de Habermas, na dimensão do "mundo vivo", onde os indivíduos interpretam, constroem e manipulam a realidade social. Tal espaço seria preenchido plenamente pela antropologia, com todos os seus métodos de investigação científica de pequena escala.

No entanto, na modernidade esse nível da realidade submete-se inevitavelmente a um nível estrutural mais amplo, que foge completamente ao seu controle, que é o nível de um 'sistema' impessoal, que se impõe ao mundo da vida: o nível da produção econômica e da organização administrativa da sociedade. O método funcional-estruturalista constitui a postura metodológica que se considera apta para focalizar esse prisma com competência.

Em um terceiro plano, encontra-se a perspectiva de evolução, que implica uma concepção de totalidade. A única teoria moderna que pretende dar conta dessa dimensão é a marxista, que, no entanto, necessitou ser totalmente reconstruída para dar conta do mundo globalizado da atualidade. A reconstrução do marxismo, na concepção de Habermas, comporta, em primeiro lugar, uma revisão do materialismo histórico, que lhe permita incluir na infra-estrutura social a dimensão cultural, em geral, que promove o sentido de evolução.

Baseando-se em Piaget – que previu que o desenvolvimento cognitivo do ser humano envolve a aquisição da capacidade de descentralizar a compreensão da realidade, afastando-a de uma perspectiva egocêntrica –, Habermas construiu uma teoria da evolução calcada na semelhança estrutural entre os estágios de aprendizado verificados em crianças na superação de suas limitações pessoais e os estágios evolutivos das sociedades na resolução de seus limites sociais. Sob forte influência kantiana, o aspecto moral, ou prático, dessa evolução está relacionado à capacidade humana de transcender reflexivamente os preconceitos paroquiais e de fundamentar os julgamentos sob a forma de princípios gerais. Esse esquema concebe quatro formas de racionalidade social e de compreensão comunicativa: a arcaica, a civilizada, a moderna inicial e a moderna tardia.

Com a transição das sociedades arcaicas para as tradicionais e modernas, ocorre uma ruptura moral-cognitiva na qual narrativas são substituídas por explicações, que podem ser justificadas com argumentos cada vez mais racionais e puros. A racionalização crescente, que acompanha uma maior diferenciação estrutural da sociedade, resulta numa separação entre cultura, sociedade e indivíduo, liberando, assim, as instituições normativas das cosmovisões metafísico-religiosas e permitindo maior liberdade aos indivíduos quanto à revisão interpretativa da tradição.

A necessidade de abordagens mais reflexivas para a solução dos problemas práticos dá ímpeto à emergência de disciplinas especializadas, à democracia política e à desparoquialização no processo de reprodução social, via sistema de educação. Desse modo, avanços no aprendizado moral condicionam avanços no aprendizado cognitivo-instrumental que, por sua vez, engendram avanços na divisão do trabalho.

Essa teoria pressupõe que novos níveis de aprendizado não só resolvem problemas antigos como geram novas dificuldades. A sociedade liberal burguesa, por exemplo, desenvolveu instituições legais para conter o conflito político e, ao mesmo tempo, criou novos problemas no sistema, relacionados à expansão e distribuição de riqueza. O capitalismo do *wellfare state*, da mesma forma, pode ter conseguido controlar as crises econômicas, mas provocou outros tipos de escassez – no âmbito da cultura –, fundamentais para a motivação e a formação da identidade. Para Habermas, no entanto, as patologias da modernidade são mais do que compensadas pelo aumento da autonomia individual com respeito à tradição e pela emergência de novas possibilidades de sentido provenientes da arte e do *ethos* democrático do humanismo comunicativo.

A condição fundamental do processo evolutivo social e individual, nessa concepção, está na diferenciação racional no interior da estrutura do 'mundo vivo' (cultura, sociedade e indivíduo), que promove a especialização e autonomia de áreas do conhecimento, de um lado, e maior reflexividade e individuação, no plano da pessoa, de outro. Se a modernidade trouxe, no âmbito do conhecimento, uma racionalidade e um grau de especialização cada vez maior, trouxe também um crescente desequilíbrio relacionado com a falta de controle normativo do sujeito social diante de um sistema político e econômico cada vez mais abstrato.

Portanto, a modernidade possibilitou a diferenciação estrutural no 'mundo vivo' entre os níveis culturais, sociais e individuais, permitindo uma pureza comunicativa nunca antes alcançada, mas produzindo como efeito colateral um desequilíbrio na integração dessas dimensões, através da colonização do 'mundo vivo' pelo 'sistema' (nível político, econômico, tecnológico e administrativo).

A separação do sistema político e, posteriormente, econômico do controle proveniente do parentesco e da comunidade acabou por reduzir a esfera do 'mundo vivo' à condição de uma mera colônia. Como os indivíduos numa comunidade agem tendo como referência o mundo abstrato do 'sistema', sem que haja qualquer necessidade de justificar normativamente seu comportamento, a ação comunicativa torna-se irremediavelmente distorcida, uma vez que o componente normativo é fundamental para a competência comunicativa.

Nesse processo, cada vez mais a comunicação passa a depender da ciência e de sua função técnica de árbitro. No capitalismo tardio, uma das funções mais importantes da ciência, nesse contexto, é impedir a tematização dos fundamentos do poder e legitimá-lo, não por meio das normas sociais, mas da sua supressão em favor de regras técnicas eficazes. Indivíduos vivendo numa comunidade, porém sem vínculos normativos com ela, acabam por renunciar à sua capacidade comunicativa e se alienam.

A racionalidade sistêmica governada pelo nível econômico, por sua vez, enfatiza o nível objetivo da realidade (ciência - tecnologia), em detrimento dos níveis subjetivo (cultura - indivíduo) e coletivo (social). Transcender essa racionalidade significa restaurar um equilíbrio perdido em função de uma diferenciação assimétrica provocada pela ênfase excessiva dada à dimensão objetiva. O sentido de uma pós-modernidade utópica só poderá ser estabelecido com base em um novo equilíbrio entre as dimensões da objetividade, subjetividade e coletividade. A realidade positivista unidimensional, quando aplicada ao mundo social, torna-o achatado, sem profundidade, com perdas irrecuperáveis de seu sentido hermenêutico e histórico.

Além disso, Habermas vê a perda da utopia como uma condição intrínseca dessa fase de civilização. Portanto, como no marxismo, o seu esquema teórico considera que cabe às ciências sociais não somente a tarefa de estudar e descrever a realidade tal como ela se mostra em sua estrutura superficial, mas de nela projetar um sentido e uma direção rumo a uma evolução possível.

Coerentemente com sua fase inicial e em sintonia com a filosofia crítica da Escola de Frankfurt, Habermas considera que a demonstração das distorções comunicativas sistemáticas no âmbito social, em analogia com o processo psicanalítico, tem o potencial não só de restaurar a comunicação como de permitir a evolução para uma fase mais avançada de racionalidade social e integridade moral. Assim, sua teoria crítica, revestida da teoria da competência comunicativa, revela e expõe a falsa teoria e a falsa prática.

Na perspectiva desse autor, ao contrário do que ocorre com outros membros da Escola de Frankfurt, como Adorno, Benjamim e Marcuse, não faz qualquer sentido uma crítica tal do positivismo que leve ao seu aniquilamento. O grande erro da experiência do socialismo real foi excluir a base normativa assentada no direito burguês e deixar um 'buraco negro' por detrás da tentativa de construção de uma sociedade mais evoluída. O processo evolutivo da sociedade, da cultura e da individualidade, componentes estruturais do 'mundo vivo', pressupõe que cada patamar superior integre e inclua o patamar inferior.

O iluminismo positivista, que propiciou uma ruptura com as racionalidades pré-modernas, foi revolucionário em seu tempo, porque catalisou forças sociais em uma escala nunca dantes vislumbrada, permitindo com isso a instauração da modernidade. A divisão e a especialização de áreas do saber, próprias do iluminismo, possibilitaram um avanço sem precedentes do pensamento, principalmente da área científica. Antes, a esfera moral ou política podia intervir na filosofia e na ciência, porque não havia fronteiras estabelecidas entre essas áreas. Cada esfera podia interferir na outra e arrestar seu desenvolvimento.

O mesmo aconteceu com as artes, que lutaram por sua independência, como expresso no lema 'a arte pela arte'. A modernidade deve sua dignidade ao estabelecimento de fronteiras do saber, tão duramente conquistadas com a contribuição fundamental do pensamento iluminista. A crítica que fazemos ao positivismo, portanto, está em posição totalmente antagônica a um certo romantismo que pretende retroceder a um estágio anterior de indiferenciação das esferas do saber.

Contudo, a realidade do positivismo, como a de todo o pensamento, é, antes de tudo, histórica e, portanto, passível de superação. Atualmente, são muito fortes as evidências de que a racionalidade iluminista perdeu boa parte da aura de autoridade de que um dia usufruiu, o que, de certa forma, resulta provavelmente da desilusão com os benefícios que ela alega ter trazido para a humanidade.

De qualquer maneira, um compromisso com o restabelecimento de uma competência comunicativa no 'mundo vivo' alienado de si mesmo implica necessariamente a promoção de condições que permitam a este último um aumento de controle sobre o 'sistema'. Um paradigma científico, necessariamente interdisciplinar, que inclua o positivismo, necessita ser construído para se alcançar tal propósito.

Comentários Finais

Com base na Teoria da Ação Comunicativa de Habermas (1984), vimos que a grande virtude do paradigma cartesiano-positivista, próprio da civilização moderna, foi a diferenciação e especialização do saber humano e do indivíduo em relação ao seu meio social e cultural. Tal diferenciação trouxe dignidade ao processo da modernidade e permitiu, ao lado do desenvolvimento sem paralelo do conhecimento, os movimentos libertários e o surgimento da democracia liberal.

Ao mesmo tempo que a modernidade introduziu esse processo, ela trouxe também, como efeito colateral, o domínio da perspectiva que privilegia a natureza (coisa) em relação ao 'eu' e à cultura. Nessa configuração, o universo tornou-se unidimensional e a razão, instrumental, resultando uma realidade despojada de sua dimensão interior e de profundidade. Como afirma Wilber (1995), se a dignidade da modernidade foi a diferenciação, o desastre foi a dissociação. A cura só poderá ocorrer com a transcendência rumo a um estágio superior de civilização, através da harmonização entre as áreas do saber e entre as dimensões do 'eu' em relação à cultura e ao meio social, de um lado, e entre este conjunto e a natureza, de outro lado.

Tal passagem vislumbra um esquema em que uma nova civilização, baseada em um novo paradigma, deve transcender o paradigma cartesiano/positivista, incluindo ao mesmo tempo as suas contribuições. Enquanto a modernidade produziu, pela primeira vez, a divisão entre indivíduo, objeto e coletividade, cabe à pós-modernidade harmonizar esta divisão que se tornou dissociativa e alienante.

Como o sentido da pós-modernidade que se vislumbra no horizonte dos nossos tempos indica um convite irresistível ao diálogo e à integração entre as áreas do saber e as especialidades acadêmicas, a Teoria da Ação Comunicativa de Habermas pode oferecer uma contribuição inestimável para as ciências humanas.

Como vimos, a proposta de Habermas é extremamente abrangente, na medida em que integra, no interior do mundo humano, obrigatoriamente, as dimensões objetiva, subjetiva e de transformação dialética, ou seja, ela inclui as perspectivas teóricas relacionadas com o positivismo, a fenomenologia e o marxismo. Em tal esquema, a antropologia teria um papel fundamental, na medida em que a ela caberia principalmente a dimensão subjetiva do 'mundo vivo', em associação interativa inevitável com o nível do 'sistema', uma dimensão mais apropriadamente focalizada pela economia, sociologia e ciências administrativas.

Ainda que tenha introduzido uma nova metodologia científica, basicamente qualitativa para as ciências sociais e humanas, sobrevivem, na produção antropológica, influências poderosas provenientes do paradigma científico positivista que, em contexto de pós-modernidade, necessitam ser reconstruídas.

Entre tais influências, destaca-se a idéia cartesiana de que, para ser conhecida, a realidade deve ser decomposta em partes e subpartes, até que se atinjam as suas formas elementares. Foi com esse espírito que Durkheim escreveu *As Formas Elementares da Vida Religiosa* (1957); foi com esse espírito também que ele outorgou tanta importância à necessidade de se conhecer as sociedades ditas 'primitivas', como estratégia para o conhecimento ulterior das sociedades modernas, influenciando, com isso, o desenvolvimento da antropologia.

Uma outra influência poderosa do positivismo encontra-se na pressuposição de que o mundo humano ordenado pela cultura é coerente e racional, cabendo ao antropólogo desven-

dar o seu sentido. Há uma certa analogia entre o universo configurado por essa atitude e o de Newton, que percebia o universo como constituído de leis invariáveis que dependem da inteligência do cientista para desvendá-las. É evidente que tal pressuposto, que permeia a perspectiva positivista, é um convite ao empirismo.

Não há dúvida sobre o fato de que tal postura – ainda que tenha sacrificado uma visão de grande escala, envolvendo história e civilização – permitiu um grande desenvolvimento do conhecimento antropológico, ao mesmo tempo que checou as visões 'etnocêntricas' e 'conjeturais'. No entanto, na atual fase de desenvolvimento da modernidade, com o mundo transformado no que McLuhan (1967) chamou de grande aldeia global, com a impossibilidade de sobrevivência isolada de qualquer cultura ou aspecto cultural, a perspectiva teórica voltada para situações de pequena escala desenvolvida pela antropologia vê-se obrigada a dialogar com uma grande teoria que dê conta de um sentido de totalidade.

De qualquer maneira, no período de modernidade radical em que vivemos, o vínculo entre 'mundo vivo' e 'sistema' é muito estreito, de tal modo que estudar um sem o outro induz à configuração de uma realidade inevitavelmente parcial e limitada. Igualmente importante para o antropólogo é saber que alguns fatos do 'mundo vivo' estão em sintonia maior do que outros em relação à possibilidade de evolução social.

O conceito de evolução social é dos mais difíceis de serem absorvidos pela antropologia. Após tanto tempo sendo recusado como 'etnocêntrico', 'conjetural' e 'idealista', ou seja, como parte de uma perspectiva que não se encontra 'êmicamente' presente na cultura em estudo, ele está, portanto, fora do interesse do antropólogo.

É possível argumentar, no entanto, que a neutralidade absoluta perseguida pela perspectiva positivista também faz parte de um processo histórico projetado pela civilização ocidental. Além disso, a neutralidade absoluta do pesquisador, em qualquer área do conhecimento, mas principalmente nas ciências humanas e nas artes, é uma dimensão idealizada que deixa escapar nas entrelinhas os interesses e os valores provenientes da sociedade mais ampla e do desenvolvimento histórico que, inevitavelmente, influenciam o mundo acadêmico do pesquisador.

Diante da constatação de que é praticamente impossível ser totalmente neutro diante do objeto pesquisado e de que o pesquisador é parte inevitável do experimento científico, a antropologia moderna chegou a um consenso quanto ao fato de que, se não é possível realizar uma pesquisa neutra, o antropólogo deve, então, assumir e explicitar as pressuposições e, até mesmo, os valores que se encontram por detrás e por debaixo de seu projeto.

Assim, é perfeitamente legítimo assumir princípios evolutivos em favor da possibilidade de que eles ocorram quando houver efetivamente maior pureza comunicativa e maior emancipação do indivíduo e de seu meio social. É evidente que o campo se abre para que

haja princípios evolutivos alternativos. A questão que permanece é explicitá-los, reconstruir o projeto evolutivo e selecionar da realidade os dados empíricos que dão suporte e sentido à proposta.

Da mesma maneira que há matemáticas e geometrias alternativas em relação aos axiomas euclidianos, a antropologia poderia e deveria discutir os seus pressupostos que dão sentido à sua produção e, com isso, assumir, de uma vez por todas, que eles são, em geral, arbitrários e só podem ser sustentados por valores sociais e históricos. É importante lembrar que Kuhn (1975), entre vários outros historiadores e filósofos da ciência, chegou a essa mesma conclusão com relação às ciências 'exatas' e 'naturais'.

Portanto, a proposta evolutiva deste artigo não significa exatamente incorrer em um processo 'etnocêntrico'. Significa, pelo contrário, assumir uma proposta essencialmente iluminista européia, que pressupõe que a emancipação social e individual é um projeto universal do espírito humano, com uma certa analogia ao impulso genético de desenvolvimento da fase infantil para a fase adulta.

Assumir tais princípios evolutivos significa também admitir que a civilização ocidental, tomada como um todo, apresenta um potencial emancipatório (do indivíduo e do meio social) maior do que, por exemplo, o encontrado na sociedade trobriandesa do tempo de Malinowski. De qualquer maneira, a teoria de Habermas significa um convite para que antropólogos reiniciem a discussão de temas desse tipo.

Para dar um exemplo muito específico de como uma perspectiva teórica mais ampla pode influenciar a escolha e a condução de uma pesquisa etnográfica, gostaria de citar a pesquisa realizada por Queiroz (2003) sobre medicinas alternativas. Influenciada pela perspectiva evolucionista de Habermas, em primeiro lugar, a escolha do tema deve-se, sobretudo, ao fato de a perspectiva 'vitalista' contida em várias racionalidades médicas alternativas na medicina mostrar um sentido que integra a perspectiva subjetiva com a objetiva, em um contexto em que a experiência da doença é observada mais como um processo do que como uma coisa. Tal perspectiva, além disso, não exclui a medicina positivista, ainda que a transcenda para perceber a doença como um processo inalienável da experiência subjetiva do indivíduo. Em outras palavras, tal perspectiva contém uma semente de pós-modernidade.

O epicentro de uma nova concepção de saúde que se forja no interior do paradigma pós-moderno deve necessariamente conter tanto um sentido integrador – envolvendo o indivíduo, seu meio sociocultural e a natureza – como um aumento considerável da autonomia do indivíduo no processo de cura. Tal autonomia circunscreve-se no interior do conceito de individuação proposto por Habermas, que prevê uma interação do indivíduo com seu meio social, no interior de um processo de racionalidade que almeja um grau maior de pureza e de competência comunicativa. Se tais aspectos configuram claramente uma concepção pós-moderna de

saúde, é evidente que a sua implementação prática ainda permanece dependente de um processo amplo de transformações sociais e culturais.

É importante destacar também que, como vimos, na medida em que essa proposta evolutiva prevê um sentido de transcendência que inclui, necessariamente, a medicina cartesiana/positivista, ela vai em sentido contrário ao das propostas românticas, que advogam um retrocesso em direção a uma fase pré-moderna, ao invés de um avanço.

Iluminar uma racionalidade alternativa, através de meios antropológicos, no interior de uma sociedade globalizada, adquire um sentido que vai além do mero estudo do 'outro'. Isso porque o sentido de alteridade não se define apenas por sua capacidade de se distinguir do sistema hegemônico, mas por poder conter em si uma proposta potencial que o vincula com o sentido de evolução social.

Terminamos com uma proposta e um desafio à antropologia. Se ela puder incorporar em seu foco de interesse não apenas situações de pequena escala, mas também uma perspectiva teórica mais ampla, que dê conta do âmbito da civilização e da consciência humana, incluindo seu processo de evolução possível, tanto tecnológico como moral, então ela se verá no epicentro da promoção da pós-modernidade, em cujo processo o sentido de buscar o 'outro' integra-se com o sentido de buscar a 'si mesmo'.

Referências Bibliográficas

ALVES, P. C. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3):263-271, 1993.

ALVES, P. C. O discurso sobre a enfermidade mental. In: ALVES, P. C. & MINAYO, M. C. S. (Orgs.) *Saúde e Doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

BECKER, H. S. O*utsides: studies in the sociology of deviance*. New York: Free Press, 1963.

BENEDICT, R. P*atterns of Culture*. New York: Houghton Mifflin, 1934.

CANESQUI, A. M. Notas sobre a produção acadêmica de antropologia e saúde na década de 80. In: ALVES, P. C. & MINAYO, M. C. S. (Orgs.) *Saúde e Doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1988.

COMAROFF, L. A bitter pill to swallow: placebo therapy and general practice. *The* S*ociological Review*, 76(1):134-151, 1978.

DENZIN, N. K. & LINCOLN, Y. Introduction. In: DENZIN, N. K. & LINCOLN, Y. (Orgs.) *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994.

DUARTE, L. F. D. *Da Vida Nervosa (nas classes trabalhadoras urbanas)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.

DUARTE, L. F. D. A outra saúde mental, psicossocial, físico-moral? In: ALVES, P. C. & MINAYO, C. S. (Orgs.) *Saúde e Doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

DURKHEIM, E. *The Elementary Forms of the Religious Life*. London: Allen & Unwin, 1957.

DURKHEIM, E. *As Regras do Método Sociológico*. São Paulo: Cia. Editora Nacional, 1971.

EVANS-PRITCHARD, E. E. *Witchcraft, Oracles and Magic among the Azande*. Oxford: Claredon Press, 1937.

FOSTER, G. M. Relationship between Spanish and Spanish-American folk medicine. *Journal of American Folklore*, 66(1):98-114, 1953.

FOSTER, G. M. Disease etiologies in non--western medical systems. *American. Anthropologist*, 78:773-782, 1976.

FOUCAULT, M. *O Nascimento da Clínica.* Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

FRAKE, C. O. The diagnosis of diseases among the Subanum of Mindanao. In: LANDY, D. (Ed.) *Culture, Disease and Hea-ling: studies in medical anthropology.* New York: MacMillan, 1977.

FRAZER, J. G. Sir. *The Golden Bough: a study in magic and religion.* New York: The MacMillan Co., 1922.

GARFINKEL, H. *Studies in Ethnomethodology.* Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1967.

GEERTZ, C. *The Interpretation of Cultures.* New York: Basic Books, 1973.

GLUCKMAN, M. *Custom and Conflit in Africa.* Oxford: Basil Blackwell, 1973.

GOFFMAN, E. *Manicômios, Prisões e Conventos.* São Paulo: Perspectiva, 1974.

GRAMSCI, A. *Os Intelectuais e a Organização da Cultura.* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.

HABERMAS, J. *The Theory of Communicative Action.* Boston: Beacon Press, 1984.

KLEINMAN, A. *Patients and Healers in the Context of Culture.* Berkeley: University of Califonia Press, 1980.

KUHN, T. S. *A Estrutura das Revoluções Científicas.* São Paulo: Perspectiva, 1975.

LEACH, E. *Political Systems of Highland Burma.* London: Ahtolone, 1977.

LEAL, O. F. Sangue, fertilidade e práticas contraceptivas. In: LEAL, O. F. (Org.) *Corpo e Significado: ensaios de antropologia social.* Porto Alegre: Editora da UFRGS, 1995.

LEAL, O. F. & LEWGOY, B. Pessoa, aborto e contracepção. In: LEAL, O. F. (Org.) *Corpo e Significado: ensaios de antropologia social.* Porto Alegre: Editora da UFRGS, 1995.

LÉVI-STRAUSS, C. *Antropologia Estrutural.* São Paulo: Tempo Brasileiro, 1970.

LINTON, R. *Le Fondament Culturel de la Personalité.* Paris: Dunod, 1999.

LOYOLA, M. A. *Médicos e Curandeiros: conflito social e saúde.* São Paulo: Difel, 1984.

LUCKÁCS, G. *History and Class Consciousness.* Cambridge, Massachusetts: The Mitt Press, 1998.

LUZ, M. T. *Natural, Racional Social: razão médica e racionalidade científica moderna.* Rio de Janeiro: Campus, 1988.

LUZ, M. T. A *Arte de Curar versus a Ciência das Doenças: história social da homeopatia no Brasil.* São Paulo: Dynamis, 1996.

LUZ, M. T. *Novos Saberes e Práticas em Saúde Coletiva: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais.* São Paulo: Hucitec, 2003.

MALINOWSKI, B. *Sexo e Repressão na Sociedade Selvagem.* Petrópolis: Vozes, 1973.

MALINOWSKI, B. *Argonautas do Pacífico Ocidental.* São Paulo: Abril, 1976.

McLUHAN, M. & FIORI, Q. *The Medium is the Message.* Corte Madera: Gingko Press, 1967.

MEAD, G. H. Mind, self and society. In: MORRIS, C. W. (Ed.) *Mind, Self and Society.* Chicago: Chicago University Press, 1967.

MINAYO, M. C. S. *O Desafio do Conhecimento.* São Paulo: Hucitec, 1992.

PARSONS, T. *The Social System.* New York: Free Press, 1951.

PAUL, B. D. *Health, Culture and Community.* New York: Russel Sage Foundation, 1955.

QUEIROZ, M. S. Hot and cold classification in traditional Iguape medicine. *Ethnology*, 23(1):63-72, 1984.

QUEIROZ, M. S. *Representações sobre Saúde e Doença: agentes de cura e pacientes no contexto do SUS.* Campinas: Editora da Unicamp, 1991.

QUEIROZ, M. S. *Saúde e Doença: um enfoque antropológico.* Bauru: Edusc, 2003.

QUEIROZ, M. S. & CANESQUI, A. M. Contribuições da antropologia à medicina: uma revisão de estudos no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 20(2):141-151, 1986a.

QUEIROZ, M. S. & CANESQUI, A. M. Antropologia da medicina: uma revisão teórica. *Revista de Saúde Pública*, 20(2):152-164, 1986b.

QUEIROZ, M. S. & PUNTEL, M. A. *A Endemia Hansênica: uma perspectiva multidisciplinar*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

RIVERS, W. H. R. *Medicine, Magic and Religion.* London: Kegan Paul, 1924.

ROSENHAN, D. L. On being sane in insa-ne places. In: MECHANIC, D. (Ed.) *Readings in MedicaI Sociology.* New York: The Free Press, 1980.

SAHLINS, M. *Culture and Practical Reason*. Chicago: The Chicago University Press, 1976.

TURNER, V. W. *Schism and Continuity in an African Society: a study of Ndembu village life.* Manchester: Manchester University Press, 1957.

TURNER, V. W. *The Forest of Symbols.* London: Cornell University Press, 1977.

TYLOR, E. B. *Researches into the Early History of Mankind and the Development of Civilization*. Chicago: University of Chicago Press, 1964.

UCHOA, E. & VIDAL, J. M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(1):497-504, 1994.

UCHOA, E. et al. Signos, significados e ações associados à doença de Chagas. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(1):143-156, 2002.

WELLIN, E. Theoretical orientation in medical anthropology: continuity and change over the past half-century. ln: LANDY, D. (Ed.) *Culture, Disease and Healing: studies in medical anthropology.* New York: MacMillan, 1977.

WILBER, K. *A Brief History of Everything*. Boston & London: Shambhala, 1995.

ZALUAR, A. *A Máquina e a Revolta*. São Paulo: Brasiliense, 1985.

ZBOROWSKI, M. Cultural components in responses to pain. *Journal of Social lssues*, 8(1):271-289, 1952.

ZOLA, I. K. Culture and symptons. In: COX, C. & MEAD, A. (Eds.) *A Sociology of Medical Practice.* London: Collier, MacMillan, 1975.

ABORDAGENS DISCIPLINARES

8. A ANTROPOLOGIA E A REFORMULAÇÃO DAS PRÁTICAS SANITÁRIAS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Luiza Garnelo
Jean Langdon

Analisaremos aqui as potencialidades de uma interface entre antropologia e saúde coletiva, explorando não apenas dimensões teóricas e metodológicas, mas refletindo também sobre as práticas sanitárias da atenção básica, em cujo aprimoramento o enfoque antropológico oferece um campo particularmente fértil na busca da redução de vulnerabilidades e desigualdades.

A abordagem aqui feita é tributária das discussões dos produtores latino-americanos de saber epidemiológico, os quais vêm efetuando uma ampliação e tornando mais complexo este campo disciplinar em busca do entendimento das relações entre a estrutura social vigente e as transformações que se processam nas sociedades contemporâneas. Esta discussão problematiza as contribuições da antropologia em espaços gerais do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, afunilando-se em seguida em direção à análise da atenção básica prestada aos povos indígenas no Brasil.

Uma das razões do incremento do interesse pela antropologia no campo da saúde foi o esgotamento dos paradigmas centrados nas explicações estruturais e totalizantes, mas pouco operativos na oferta de respostas para a ação no microespaço da vida cotidiana e no desenvolvimento das práticas sanitárias (Castro, 2003; Minayo, 2003; Menéndez, 2003). Para Almeida-Filho (2002), tal conjuntura valorizou os estudos voltados para a subjetividade, os micropoderes e as práticas sociais, mas gerando, segundo Minayo, Deslandes e Souza (2003), o risco do exagero oposto, o de perder-se de vista as macro-condições de produção das realidades sociais.

Os aspectos teórico-metodológicos da articulação entre antropologia e epidemiologia vêm sendo explorados por Almeida-Filho (1992, 1997, 2000), Briceño-León (1998, 2003), Minayo, Deslandes e Souza (2003), Menéndez (1998, 2003) e Sevalho e Castiel (1998). Esses autores têm discutido as possibilidades, potencialidades e dificuldades na integração entre epidemiologia e ciências sociais, particularmente a antropologia, demonstrando as diferenças e, em alguns casos, as semelhanças entre esses campos de saber.

Com certa freqüência a literatura disponível assinala as divergências de método entre a epidemiologia e antropologia. Porém, as comparações costumam tomar como referência apenas a vertente positivista da epidemiologia, marcada pela idéia de neutralidade e objetividade – obtida à custa da negação da influência dos contextos sociais onde se processam as interações entre sujeito e objeto de pesquisa –, pela abrangência, quantificação e generalização de modelos explicativos causais, centrados em aspectos biológicos do adoecer humano. A antropologia também costuma ser representada de forma genérica, sendo-lhe atribuída a busca de interpretação dos contextos e sentidos das práticas sociais estudadas, uma baixa capacidade de generalização, rejeição ao distanciamento da relação pesquisador-pesquisado e utilização preferencial de métodos qualitativos de pesquisa. Tais simplificações desconhecem os avanços obtidos pelo uso combinado de métodos qualitativos e quantitativos na epidemiologia (Minayo, Deslandes & Souza, 2003); ignora-se igualmente que a antropologia não se constitui como um campo disciplinar uniforme, congregando múltiplas premissas teóricas não raro divergentes entre si (Coimbra Jr., 2000).

O desdobramento mais conhecido desse reducionismo tem sido as pesquisas tipo '*rapid assessment*' (RAP) que enfocam os comportamentos, atitudes e percepções (CAPs) de doentes e outros usuários dos serviços de saúde. Cernea (1992) empreende uma discussão sobre problemas metodológicos dos estudos rápidos, evidenciando seus usos potenciais no campo da saúde e demonstrando seus riscos epistemológicos. Entre as dimensões problemáticas intrínsecas ao método, o autor assinala dificuldades de acurácia, representatividade, inadequação cultural e subjetividade. Ele relembra ainda que a opção por tais estratégias metodológicas vem crescendo no cenário mundial, e que elas costumam ser utilizadas para planejamento e avaliação de projetos de intervenção social, o que, muitas vezes, pode acarretar uma inadequada apreensão dos contextos sociais em que tais ações são desenvolvidas. Apesar dessas considerações, o autor assinala como benefício dessa escolha metodológica a busca rápida de informações que possam subsidiar a tomada de decisão em projetos de intervenção e na implementação de políticas públicas, particularmente no campo da saúde, que não podem esperar pelo longo período de conclusão de pesquisas com um recorte mais acadêmico.

Para Scrimshaw (1992), que analisa a utilização de estratégias RAP no campo da nutrição em serviços de atenção primária à saúde, o uso rotineiro de técnicas quantitativas de pesquisa no campo da nutrição esconde a dificuldade de apreensão das dimensões mais profundas desse comportamento humano. A mesma autora considera que a adoção de estratégias qualitativas tipo RAP propicia o entendimento mais acurado, e desenvolvido num espaço de tempo mais curto, de características sociais e culturais correlatas às práticas alimentares. No Brasil, autores como Coimbra Jr. (2000) criticam estudos rápidos que se restrinjam às medidas de freqüência de padrões de comportamentos considerados de risco pelo pesquisador, ou a descrever 'categorias de doença', que, não raro, consistem apenas em sintomas mal definidos. O autor vê tais estudos como um exemplo de uso de técnicas de pesquisa das ciências sociais no campo da saúde, sem uma adequada apropriação do instrumental teórico das ciências sociais, cujos resultados se mostram incapazes de prover uma reflexão crítica sobre os dados obtidos e sobre o contexto social investigado.

Outro ponto crítico desses estudos é seu etnocentrismo implícito. Neles, a busca de um conhecimento mais detalhado dos grupos sociais que acorrem aos serviços de saúde só se justifica pelo desejo de conhecer seus comportamentos para mudá-los, tornando-os mais maleáveis às prescrições e normas técnicas de saúde (Menéndez, 1998). Eles pouco contribuem para o entendimento de contextos e significados coletivos dos eventos sanitários e para o reconhecimento da alteridade, servindo mais como ferramenta para o exercício mais eficiente de poder sobre a população atendida, mas o doente permanece como um 'outro' irredutivelmente desconhecido. Essa é uma opção conhecida e recusada pela maioria das correntes de saber antropológico, pois não contribuiu para a produção de processos participativos de tomada de decisões nas políticas públicas, nem para a produção de sujeitos políticos, ou para a redução de assimetrias e desigualdades sociais.

Segundo Menéndez (1998), uma confluência entre antropologia e epidemiologia é viável, mas é preciso lembrar que seus pontos de partida são distintos, uma vez que a primeira utiliza, como principal nível de análise dos sistemas de saúde/enfermidade/cuidados, o enfoque socioeconômico ou sociocultural, ao passo que a segunda prioriza o enfoque biológico. Ele assinala ainda que a articulação metodológica entre os dois campos disciplinares exige mais do que uma transferência de métodos, demandando uma verdadeira recomposição disciplinar, gerando novas formas de investigar a realidade e produzindo objetos híbridos de conhecimento.

Modos de Vida e Auto-atenção

Embora as práticas sanitárias sejam pautadas pela epidemiologia, elas também comportam outras nuanças como relações econômicas, políticas, éticas, educativo-comunicativas e étnicas, congregando diferentes visões de mundo dos profissionais, entre si, e destes com seus pacientes, envolvendo o exercício de micropoderes em contextos de desigualdades sociais. Ainda que orientada por prescrições e normas técnicas, a interação cotidiana entre os profissionais da saúde – que, em tese, representam a razão científica – e a clientela que acorre aos serviços de atenção básica contém uma grande medida de senso comum em que se expressam assimetrias e polifonias não contempladas na discussão teórico-metodológica da interação epidemiologia-antropologia.

A organização da atenção básica exige a interlocução com temáticas como participação comunitária, controle social,[1] saberes populares e/ou tradicionais sobre saúde e doença, redes sociais, grupos de auto-ajuda, abordagem de patologias crônico-degenerativas, envelhecimento, adolescência, dependência química, violência, relações de gênero e educação para a saúde, fazendo-se necessário o entendimento dos sentidos atribuídos, pelos sujeitos, aos eventos patológicos, às políticas públicas e aos serviços de saúde que lhes são acessíveis.

[1] Controle social é um conceito-chave na idealização do Sistema Único de Saúde no Brasil. Ao contrário da noção das ciências políticas, que se refere aos mecanismos do Estado que estabelecem a ordem social, no âmbito de saúde coletiva no Brasil o termo refere-se à atuação da sociedade civil "na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que atendam às demandas e aos interesses da coletividade" (Correia, 2000:11).

Intervenções sanitárias em processos socioculturais exigem a interação com agentes políticos distribuídos nos mais diversos nichos sociais e o entendimento dos contextos em que eles atuam. Para Menéndez, esses campos devem ser objeto de pesquisa qualitativa, pois

> se a preocupação com a Atenção Primária (AP) e com os Sistemas Locais de Saúde (Silos) é real, estes objetivos pressupõem o desenvolvimento de uma epidemiologia não apenas do patológico, mas igualmente dos 'comportamentos normais' assim como, por princípio, uma relação com a estrutura e a organização social em nível local. (Menéndez, 1998:97)

Em busca de alternativas para prover a epidemiologia social latino-americana de ferramentas capazes de abordar a dimensão social da existência, Almeida-Filho (2000) propõe o uso do conceito de "modo de vida"[2] como estratégia capaz de promover a inter-relação entre as práticas sociais cotidianas de pessoas e grupos e os processos de saúde/doença/cuidados. Esse conceito abrange não apenas as condutas individuais relacionadas à saúde, mas também as dimensões sociohistóricas, a dinâmica das classes sociais e das relações sociais de produção, sem desconsiderar os aspectos simbólicos da vida cotidiana. Por essa via, a análise dos processos saúde/enfermidade/cuidados deve ser concebida tanto como produto de ações concretas que geram exposição dos indivíduos ao risco e às medidas de proteção que visam a neutralizá-lo, quanto aos efeitos de seus estilos de vida e de suas formas de reconhecimento e designação da anormalidade (Almeida-Filho, 2000).

Em conseqüência, essa abordagem exigiria a abertura da epidemiologia não apenas ao estudo das situações de saúde, tal como hoje ocorre, mas também "dos sistemas de representação de saúde e doença no mundo da vida, na cotidianidade, nos modos de vida, mediante o conceito particular de 'práticas de saúde'" (Almeida-Filho, 2000:165).

Para abordar os modos de vida, a epidemiologia precisaria sofrer uma reavaliação metodológica que viabilizasse a incorporação de novos modelos explicativos dos processos saúde/enfermidade/cuidados, capazes de contemplar, na sua própria formulação, a complexidade dos processos sociais que os geram, superando a atual condição do campo disciplinar que apenas permite uma "certa intromissão social" nos seus modelos de enfermidade, ao agregar-lhes variáveis socioculturais (Almeida-Filho, 2000:176). Nos termos de Almeida-Filho, esse projeto de reformulação da disciplina poder-se-ia constituir na etnoepidemiologia.[3]

---

[2] Almeida-Filho remete a origem do conceito ao materialismo histórico, mas credita seu uso recente a Cristina Possas. Segundo seu relato, na obra *Epidemiologia e Sociedade*, Possas estratifica o conceito de modo de vida em 'estilo de vida' e 'condições de vida', sendo que a primeira expressão se referiria a determinações sociais e culturais das formas de viver, expressando-se em hábitos e condutas, tais como a prática de esportes, a dieta, o consumo de substâncias psicoativas etc. O termo 'condições de vida' se referiria às "condições materiais necessárias à subsistência, à nutrição, convivência, saneamento, e às condições ambientais" (Possas, 1989:159). Como se pode observar, boa parte dos elementos contidos no conceito é objeto de ações de atenção básica produzidas no Sistema Único de Saúde no Brasil.

[3] Segundo o autor, o termo 'etnoepidemiologia' designaria uma "epidemiologia transcultural, tomando as diferenças socioculturais e étnicas como indicadores de fatores de risco, vulnerabilidade ou proteção" e promovendo "uma abordagem epidemiológica dos modos de vida, com maior abertura para estudar a produção social dos riscos na cotidianidade, incluindo seus aspectos simbólicos" (Almeida-Filho, 2000:180).

Por sua vez, as propostas de Menéndez para uma epidemiologia sociocultural[4] buscam recuperar "os significados e as práticas que os conjuntos sociais atribuem a seus padecimentos, problemas e sentimentos" (2003:200). Para esse fim, o autor desenvolve o conceito de auto-atenção descrevendo-o com as seguintes palavras:

> las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud em términos reales o imaginários, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando estos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención; de tal manera que la autoatención implica decidir la auto-prescripción y el uso de un tratamiento en foma autónoma o relativamente autónoma. (Menéndez, 2003:199)

Para Menéndez, as oposições entre biomedicina e outras formas de cura ocorrem mais no plano das representações do que no das práticas. A oposição excludente recobriria as intenções hegemônicas dos profissionais da saúde que buscam garantir o monopólio do exercício dos cuidados de saúde, mas não encontra correspondência nas práticas cotidianas dos pacientes que costumam lançar mão de pluralidades terapêuticas.

A existência de múltiplos sistemas terapêuticos gera a necessidade de conhecer suas formas de organização e as redes sociais que os sustentam. Assim, torna-se necessário promover uma articulação dos serviços de atenção básica com as formas de auto-atenção, uma vez que essa interação efetivamente existe e se processa independentemente da vontade e/ou aceitação do modelo médico. Para participar de forma produtiva dessa articulação, os profissionais da saúde deveriam ser capazes de descrever e analisar os modos de existência das pessoas que atendem, reconhecendo as diversas formas de auto-atenção praticadas na área de abrangência de seus serviços onde disputam legitimidade com outros prestadores de cuidados, formais e informais, de saúde.

Menéndez (2003) descreve dois níveis de auto-atenção: um mais amplo, ligado aos "processos de reprodução biossocial" do grupo que o gerou e que remete à própria cultura por ele produzida, incluindo-se aí os recursos corporais e ambientais, a dietética, normas de higiene pessoal e coletiva etc. O segundo nível, mais restrito, refere-se principalmente às estratégias, científicas e não científicas, de representação de doença e práticas de cura e cuidados.

A existência de alternativas de atenção à saúde nos contextos em que as práticas sanitárias são desenvolvidas permite situar esse cenário como um mercado simbólico[5] no qual coexistem distintos sistemas lógicos de saberes e técnicas competindo entre si. Para Bakthin (1992), a sociedade é um campo discursivo e um espaço de confrontos em que os atores

---

[4] Almeida-Filho faz equivaler sua proposta de uma etnoepidemiologia à epidemiologia sociocultural proposta por Menéndez.

[5] Segundo Verón (1980), mercado simbólico é o espaço social onde os discursos concorrentes expressam posições, onde os atores negociam sentidos e poder, gerando-se uma alternância de posições sociais e práticas discursivas, que ocupam ora posições centrais, ora periféricas, dependendo das relações de poder e saber, nos distintos níveis de articulação das relações sociais.

sociais tentam tornar hegemônicas suas posições; as práticas discursivas seriam as estratégias construídas pelos sujeitos para atuar eficazmente na cena social.

A pluralidade e os confrontos da vida social costumam ser ignorados pelos profissionais da saúde que se imaginam em interação exclusiva com sua clientela, desconhecendo os outros fluxos discursivos presentes no ato sanitário. É uma interpretação que não equivale ao que ocorre na vida social, densamente povoada por agentes político-sanitários em competição, e com efetiva influência nos modos como os discursos e práticas sanitárias propostos pelas equipes de saúde são apropriados pela população. Os saberes da saúde pública não gozam de uma garantia apriorística de hegemonia, sendo mais um, entre tantas outras práticas discursivas presentes no mercado simbólico dos sistemas de saúde/enfermidade/cuidados. Tal condição obriga o sanitarismo a competir com as produções discursivas de outros agentes políticos, oriundos dos diversos sistemas de auto-atenção coexistentes no cenário social.

Rotineiramente, os profissionais da saúde não estão habilitados para reconhecer e analisar os processos socioculturais subjacentes aos modos de vida de sua clientela, e nem para neles intervir. Alguns deles podem ser capazes de reconhecer uma influência dos aspectos culturais e sociais sobre os agravos que são chamados a resolver, mas raramente desenvolvem habilidades de transformar essa percepção genérica em estratégias operativas de apoio à intervenção social (Menéndez, 2003).

Via de regra, as produções culturais, particularmente as de conjuntos sociais subalternizados, são vistas como comportamentos irracionais ou caricatos, que podem expressar idiossincrasias – como as chamadas condutas de risco – e obstaculizar a correta adoção de cuidados biomédicos. Enfim, sua principal característica é a negatividade, e precisa ser removida para que se processe a almejada promoção da saúde. Quando existente, o interesse dos profissionais da saúde em conhecer a 'cultura popular' ou 'tradicional' de seus pacientes visa principalmente à aplicação de uma receita antropológica que viabilize uma moldagem de comportamentos às premissas e recomendações do sistema médico-científico.

Em termos antropológicos, esse é o conhecido e criticado nicho da antropologia aplicada, cujo interesse pelas formas de poder e autoridade exercido sobre as culturas subalternizadas, ou por seus sistemas de doença e cura, visa à obtenção de estratégias eficientes de intervenção nessas sociedades em busca de adequar comportamentos, saberes e organização social às necessidades do desenvolvimentismo capitalista. Para muitos profissionais que trabalham na rede de serviços, essas idéias podem soar como um avanço na obtenção de respostas a problemas de não-adesão dos pacientes aos programas de saúde, o que pode explicar, também, o entusiasmo pelos 'estudos rápidos', desenvolvidos com a chancela de entidades de investigação científica e/ou de cooperação internacional em saúde.

Contribuições da Antropologia

A complexidade do tema e as reconhecidas dificuldades dos sistemas médico-científicos em lidar com a produção social da sanidade e da doença levaram os autores citados anteriormente a buscar meios de dotar as ciências da saúde de uma melhor aproximação com seu objeto. Entre esses, a antropologia aparece como uma das ferramentas de escolha para o entendimento dos modos de vida, como deseja Almeida-Filho, ou, nos termos de Menéndez, das práticas de auto-atenção. Tal opção gera o risco de instrumentalização da antropologia pela saúde; porém, a abordagem aqui adotada distancia o campo sanitário do reducionismo biomédico e o lança no amplo domínio da cultura, instalando um campo polissêmico de negociação de sentidos capaz de eliminar as fronteiras entre esses campos disciplinares e de tornar desnecessária a distinção de quem estaria sendo instrumentalizado.[6] Minayo (1998) elucida três níveis de interação e graus de aproximação entre a antropologia e o campo da saúde. Os estudos 'básicos' que costumam ser realizados no âmbito das universidades, sem repercussão direta nos serviços de saúde, habitualmente são etnografias que tratam das formas de organização social e política, da divisão de trabalho ou relações de gênero de grupos culturalmente diferenciados, situando o campo da saúde como parte, não autônoma, de um conjunto de relações sociais, políticas, econômicas e domésticas inerentes aos processos organizativos da vida em sociedade. Os estudos 'estratégicos' se propõem a compreender as condições de produção de atividades de serviços de saúde e de avaliação de relações institucionais e de programas; articulam saúde e antropologia em busca de subsídios para a implementação de políticas públicas. Uma característica importante desses estudos é a sua interdisciplinaridade, que exige uma dupla competência em mútua colaboração nesses campos de saber. Finalmente, os estudos 'operacionais' buscam compreender intenções e simbolizações dos sujeitos e grupos que interagem com os sistemas de saúde, voltando-se para o plano mais imediato da intervenção, no qual os antropólogos são convidados a colaborar e implementar programas de atenção à saúde.

Para Briceño-León (2003), as ciências sociais contribuem para delinear as características do campo sanitário por meio de estudos da formação e configurações dos sistemas de saúde, com suas respectivas redes de influência e interação. Essas ciências interrogam como se constroem historicamente os papéis sociais dos membros de suas equipes, ou como se expressam as contradições geradas por políticas públicas que propõem – como é o caso do Programa de Atenção à Saúde da Família[7] – uma reformulação da intervenção tecnicista dos profissionais da

[6] Menéndez (1998) é um dos autores que criticam a forma meramente instrumental como os profissionais da saúde utilizam os conceitos de ciências sociais. Segundo o autor, eles costumam manejá-los de forma acrítica, a-histórica e descontextualizada; como exemplo, cita o conceito de estilo de vida, interpretado pelos profissionais da saúde como simples comportamento de risco, assimilado a uma mera 'variável' em estudos estatísticos e despido do aparato teórico-metodológico com que foi originalmente concebido. Para ele, tal instrumentalização não constitui uma interação entre disciplinas, mas uma mera subalternização das ciências sociais à biomedicina e à medicalização dos problemas do paciente (Menéndez, 2003).

[7] No Brasil o Ministério da Saúde vem desenvolvendo uma forma de atenção primária à saúde direcionada aos núcleos familiares de áreas de abrangência das unidades sanitárias. Essa estratégia se institucionalizou no Programa de Saúde da Família, cujas ações preconizam a promoção à saúde no espaço doméstico, redirecionando as rotinas de trabalho dos serviços de saúde para os espaços sociais onde o evento patológico é produzido.

saúde, preconizando a substituição (ou adição) de suas atividades habituais por agendas de negociação política em espaços transculturais.

Kleinman (1980), antropólogo-médico, chama a atenção para a necessidade da incorporação da perspectiva cultural no contexto clínico. Pioneiro na relativização da biomedicina, ele desloca o enfoque biologista da biomedicina para o reconhecimento do papel de categorias e valores culturais nos processos psicofisiológicos. Reconhece também que não há um entendimento homogêneo sobre a doença, mas que cada ator traz seu modelo explicativo para interpretar e agir diante dessa condição. O êxito do tratamento clínico depende da capacidade de entendimento das diferenças de perspectivas pelos profissionais da saúde. O autor afirma que freqüentemente os profissionais não reconhecem que suas práticas, como quaisquer outras práticas de cura, são resultados de forças culturais, históricas, políticas e econômicas. Escondidas sob a objetividade e validade das concepções científicas, elas costumam veicular juízos de valor que interferem em sua eficácia e resultam numa moralização da relação profissional/paciente e na formulação das políticas públicas de saúde (Kleinman, 1995).

Nessa ótica, a antropologia oferece um complemento necessário de crítica dos pressupostos das práticas sanitárias calcadas na biomedicina (Kleinman, 1995) e viabiliza abordagens da dimensão sociocultural do processo de enfermar, permitindo incorporar a mediação da organização social como produtora do evento patológico e superar a interpretação reducionista que remete a gênese e resolução da enfermidade para o plano individual do corpo doente (Briceño-León, 2003).

Com base nessas premissas, examinamos certas áreas de atuação em atenção básica, tratando-as como situações em que as abordagens antropológicas[8] possam contribuir para aprimorar essas práticas, sem perda da complexidade que as constitui.

Os processos de intervenção sanitária contêm práticas educativo-comunicativas implicitamente orientadas por um modelo mecanicista de comunicação, que considera como elementos interativos no processo educativo apenas o emissor, o receptor e o meio de comunicação. Nesse enfoque as condições socioeconômicas, culturais e políticas são consideradas como mero ruído de comunicação, devendo, idealmente, ser eliminadas. A comunicação é concebida como um processo em que um emissor envia mensagens a um receptor, através de um canal de comunicação, e em que essas mensagens são codificadas de forma reconhecível pelo receptor, a quem cabe a tarefa de decodificá-las (Araújo, 1999). Na relação unívoca entre emissor e receptor, o primeiro – aqui representado pelo profissional da saúde – deteria o discurso autorizado, diante de um receptor concebido como desinformado e passivo (Garnelo, 2001).

A adesão ao paradigma mecanicista de comunicação pode levar a uma supervalorização dos meios de comunicação, em detrimento dos contextos socio-histórico e cultural, onde se

[8] Os problemas e situações aqui descritos são produtos – ainda parciais – de trabalho de pesquisa-ação, em unidades básicas de saúde, em área urbana da cidade de Manaus, estado do Amazonas.

processam as mediações que ordenam a visão de mundo e as práticas sanitárias dos usuários do sistema de saúde (Araújo, 1999; Garnelo, 2001). É o que ocorre no Nordeste do Brasil, onde a campanha de erradicação do cólera, analisada por Nations e Monte (1996), se pautou por estratégias educacionais que, além de veicularem juízos de valor sobre a população de baixa renda vítima da endemia, também ignoraram a perspectiva local, gerando acentuada estigmatização dos acometidos pela doença. Elas produziram efeitos opostos aos desejados pelas autoridades, como o repúdio às medidas sanitárias destinadas a conter o problema (Nations & Monte, 1996). Nations também conduziu, com Hebhun, estudo sobre a terapia de reidratação oral, também no Nordeste brasileiro, em que demonstraram a ocorrência de uma apropriação mistificada, pelos profissionais da saúde, de técnicas simples de atenção básica à saúde, a qual que gerava, em conseqüência, uma baixa adesão das mães de baixa renda a essa estratégia de controle da desidratação, com importante influência na manutenção das altas taxas de mortalidade infantil naquela região (Nations & Hebhun, 1988).

Na ignorância dos complexos mecanismos de recepção e circulação das mensagens sobre saúde, os educadores sanitários partilham a pressuposição de que seu domínio de informações técnicas sobre a determinação (biológica) de doença – desde que veiculadas por um meio de comunicação eficiente – seria condição suficiente para garantir as desejadas mudanças de comportamento da população 'alvo' das iniciativas de educação em saúde. Como alerta Briceño-León (2003), essa concepção cognitivista dos processos educativos nega, ou ignora, as condições efetivas de vida que subjazem à adoção (ou rejeição) de comportamentos sanitários específicos. Além disso, as intervenções informativo-educativas estimulam a adoção de padrões de comportamento autônomos e responsáveis, mas apenas para aquilo considerado 'bom' e 'saudável' pela ciência médica, já que a ênfase na erradicação dos comportamentos considerados 'de risco' permanece intacta (Menéndez, 2003). Nessa abordagem utilitarista, o comportamento do doente deve ser compreendido apenas para ser modificado, atendendo às prioridades e necessidades definidas pelo sistema de saúde.

Aqui a contribuição da antropologia pode se mostrar essencial para relativizar os sentidos das idéias de risco e de causalidade de doença – que para a epidemiologia clássica se expressam apenas no plano biológico-individual – com o desenvolvimento de estudos mais precisos e interpretativos das relações entre saúde e condições de vida, capazes de incorporar também os pontos de vista do usuário dos serviços de saúde (Monte et al., 1997).

A formação dos profissionais da saúde, fundada no biologismo e no individualismo, não os habilita a distinguir uma idiossincrasia individual de um padrão grupal de comportamento, forjado a partir de produções culturais específicas. Habitualmente a interação entre profissionais e pacientes exclui as referências socioculturais que permitiriam apreender estes últimos como agentes de transformação do meio social. Os usuários dos serviços são representados – a partir de impressões sobre as vivências singulares obtidas na consulta – como entidades discretas, destituídas de interações sociais que forneceriam inteligibilidade ao seu perfil de agentes políticos.

Assim, pode-se observar a perplexidade das equipes de saúde da família diante das demonstrações de força de partidos políticos, minorias étnicas, associações de defesa dos direitos civis, ou de grupos criminosos, quando tais agentes políticos intervêm, às vezes diretamente, nas rotinas e práticas das unidades de saúde. Desprovidos do necessário conhecimento sociológico que lhes viabilizaria o acesso à dinâmica desses micropoderes, os profissionais quedam-se impotentes para intervir com interações produtivas nas redes de poder que modulam a demanda, e às vezes a oferta, por serviços de saúde.

A atenção à saúde prestada no interior da unidade básica neutraliza as origens sociohistóricas dos doentes, que são representados como um conjunto amorfo de indivíduos que acorre ao serviço em busca de solução para seus males. O atendimento recebido funda-se na assimetria e na subalternização, forjadas pelas normas e rotinas do espaço sanitário. Ao promover a 'ida' do pessoal de saúde 'à comunidade', estimulando a interação dos profissionais com os grupos familiares, o Programa Saúde da Família retira a moldura protetora do serviço que circunscreve e molda as relações terapêuticas, e transporta as equipes para os territórios regidos pela lógica comunal, com a qual essas equipes não dispõem de aparato teórico-metodológico (ou mesmo prático) para lidar. A iniciativa do PSF despe as equipes dos atributos materiais e simbólicos que caracterizam sua prática profissional, mas não vem oferecendo recursos ou estratégias que os substituam.

Lançados numa nova e desconhecida cena social onde estão desprovidos de pontos de referência e de ferramentas eficazes para intervenção, os profissionais da saúde contam apenas com suas habilidades e carisma pessoal, suas experiências e o senso comum para refletir sobre as condições de vida desse 'outro' que se torna objeto de seu trabalho.[9] A falta de precisão conceitual da categoria 'família' – elemento-chave das ações programáticas – também contribui para gerar uma naturalização do conceito e a utilização de uma concepção distorcida de família (nuclear, burguesa, branca, urbana etc.) como referência para a intervenção sanitária.

Outra conseqüência da abordagem individualista dos serviços pode ser observada na prevenção e controle da hipertensão arterial em idosos, que estimula a adoção de dietas saudáveis e o uso regular da medicação anti-hipertensiva. A ênfase do trabalho recai sobre o paciente cadastrado na unidade, e o desconhecimento das relações familiares impede os profissionais da saúde de perceber que, freqüentemente, o idoso tem pouco ou nenhum controle sobre a seleção e as formas de preparo dos alimentos. Na terceira idade essas atribuições podem ser monopolizadas por outros membros da família pouco sensibilizados, ou motivados, para seguir as prescrições dietéticas advindas do espaço sanitário que, de resto, são direcionadas apenas para o doente e não para os ocupantes do espaço doméstico como um todo. A essa conjuntura associam-se as restrições de poder aquisitivo, a cultura alimentar prévia, e outros elementos sociopsicológicos, nunca equacionados, que tornam vãos os esforços educativos das equipes de saúde.

[9] A esse respeito sugerimos a leitura do sensível e poético depoimento da experiência de Iracema Benevides (2001) no Programa Saúde da Família, citado na bibliografia.

Os sentidos da experiência de envelhecimento e da condição de doente crônico permanecem obscuros, assim como o simbolismo da alimentação e da privação representada pela dieta; perpetua-se o enfoque biomédico e inviabiliza-se a possibilidade de uma abordagem processual dos modos de vida dos idosos.

Da mesma forma, o desconhecimento das mediações estabelecidas entre os saberes biomédicos e as produções culturais da clientela obscurece o entendimento das apropriações e re-significações das mensagens educativas, das atividades de atenção básica em geral e das transformações históricas dos sistemas culturalmente diferenciados de saúde/enfermidade/cuidados. Ele obscurece o entendimento de como tais simbolizações influem sobre as atitudes, demandas e expectativas dos usuários nas negociações e inter-relações com os serviços de saúde.

Em outros programas, como o de Agentes Comunitários de Saúde, instaurou-se uma mística em torno da figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS), caracterizado como 'a chave' para a interação com a 'comunidade', sem um adequado questionamento da legitimidade de sua posição no contexto em que atua. O velamento para as equipes de saúde das tensões e contradições comunais, aliado ao seu despreparo para enfrentá-las, pode deixá-las reféns[10] da atuação do agente de saúde, sem que tais equipes consigam apreender os conflitos subjacentes (ou precedentes) ao trabalho deste mediador. Como partícipe de um cenário de conflagrações políticas, o agente de saúde não é um elemento neutro nas tensões e nas questões faccionais estruturadas em torno das disputas por bens e serviços de saúde e pelo poder político de base comunal; via de regra, sua própria indicação ao cargo já é produto (e produtora) desse jogo de poder, para cujo exercício ele angaria alianças e coleciona desafetos.

O adequado entendimento das relações políticas travadas pelos agentes comunitários de saúde – e do impacto delas sobre a prestação de cuidados básicos de saúde no âmbito comunal – só poderia ser obtido por meio de uma análise cuidadosa do socioambiente que cerca a unidade de saúde e do mapeamento minucioso da rede de micropoderes ali desenhada, na qual o ACS se insere como membro – ora legítimo, ora excluído – em situações que podem variar ao sabor das conjunturas políticas que ali se desenvolvem.

Menéndez (2003) assinala que apesar das reiteradas recomendações de pesquisadores, profissionais e autoridades sanitárias de que se aprimore a relação entre profissional da saúde e paciente, as rotinas efetivamente desenvolvidas no dia-a-dia têm se encaminhado na direção oposta. Os processos de trabalho em unidades de atenção básica estão organizados na forma de atos rápidos, tecnificados e impessoais, que buscam essencialmente o diagnóstico e a terapêutica, e dificultam o estabelecimento de relações respeitosas e culturalmente sensíveis

[10] Entre as situações observadas, as mais graves são aquelas enfrentadas pelas equipes dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, cuja insegurança de atuação em espaços interculturais e o desconhecimento da língua e cultura dos povos indígenas podem promover uma desmesurada ampliação do papel do agente indígena de saúde e a delegação de atribuições para cujo desempenho ele não tem preparo nem habilitação. Nesse contexto, observa-se uma tendência, por parte do agente de saúde, a monopolizar as mediações estabelecidas entre as equipes de saúde e os membros do grupo étnico.

entre profissionais e clientela. O levantamento etnográfico desses cotidianos poderia explicitar como a formação do pessoal da saúde (marcada pelo biologismo) e a organização de processos de trabalho moldados pela exigência de mercado inviabilizam o estabelecimento de interações personalizadas e abrangentes, capazes de propiciar o entendimento dos vínculos sociais que as configuram.

O controle social remete às estratégias de empoderamento de grupos subalternizados em um mundo globalizado, gerando movimentos sociais em busca de direitos de cidadania cuja lógica organizativa não decorre mais da participação em processos produtivos – sufocados pela massiva extinção de postos de trabalho no capitalismo tardio –, e sim da adesão a grupos mundializados de consumidores e de interesses, gerando identidades políticas sem precedentes na história (Cohn, 2003). Esses cenários exigem o entendimento da legitimidade da inserção social dos agentes políticos que consomem produtos e serviços e fazem controle social em saúde e das formas como se dá tal inserção. Como eles se organizam? Como definem seus interlocutores? Que linguagem e estratégias praticam? Em outras palavras: como os profissionais da saúde devem lidar com esses agentes políticos? Sobre que bases devem orientar sua ação?

A resposta a esses questionamentos pode ser obtida com pesquisa social, direcionada, por um lado, para o reconhecimento do amplo conjunto de mediações políticas que geram e implementam as políticas públicas e dos processos políticos que modulam a participação dos usuários nos colegiados decisórios do sistema único de saúde. Por outro lado, uma configuração adequada do controle social também exige o mapeamento dos micropoderes exercidos nos conjuntos sociais atuantes nas áreas de abrangência das unidades de atenção básica.

Na experiência brasileira, os programas de intervenção sanitária carecem de um adequado suporte de pesquisa social, não tendo estabelecido parâmetros claros de atuação calcados no conhecimento sistemático da realidade em que atuam. Seus profissionais tendem a desconhecer a dinâmica de interação socio-político-cultural dos espaços intra e interdomiciliares e dos núcleos familiares que os povoam, usando predominantemente categorias espontâneas de entendimento da realidade, instaurando assim um terreno fértil para o etnocentrismo, o autoritarismo e a perpetuação do estranhamento de sua própria clientela.

A Antropologia e a Saúde Indígena

As reformulações das políticas de saúde para os povos indígenas fazem parte da reforma sanitária que vem sendo implantada no Brasil e compartilham os mesmos princípios e problemas encontrados nas estratégias de atenção básica dirigidas a outros segmentos da sociedade brasileira, entre as quais a garantia de acesso universal e igualitário às ações e serviços para a prevenção e manutenção de saúde e a participação da comunidade no controle social. Ambas são consideradas como direitos de cidadania no Estado democrático (Brasil, 2002).

Como conseqüência dessas diretrizes, o Estado brasileiro organizou para os povos indígenas, considerados pelo Sistema Único de Saúde como um dos "segmentos da população expostos a situações de risco", um subsistema de atenção básica nas áreas indígenas. Da mesma forma, a legislação referente à saúde indígena especifica a necessidade de respeito às práticas culturais e aos saberes tradicionais das comunidades, inserindo-os, sempre que possível, nas rotinas do trabalho em saúde (Langdon 2000). Ou seja, há uma explícita preocupação na legislação brasileira com a necessidade de articular as práticas sanitárias oficiais e com as diversas formas indígenas de auto-atenção, tal como definidas por Menéndez (2003).

Dadas essas premissas, revisaremos alguns aspectos teóricos da discussão, buscando apreender suas contribuições no campo específico da atenção à saúde dos povos indígenas. Retomaremos então as categorias de estudos antropológicos no campo da saúde, sugeridas por Minayo (1998), examinando o potencial de sua contribuição para a reformulação das práticas da atenção à saúde indígena.[11] Subseqüentemente, realizaremos uma avaliação crítica sobre as dificuldades da intervenção antropológica e alguns impasses na colaboração entre os antropólogos e profissionais da saúde.

Em saúde indígena os estudos 'básicos' de antropologia têm tratado das formas de parentesco, da organização social e política, da cosmologia e religião, da mitologia, das técnicas de sobrevivência e da vida ritual dos povos indígenas. Por vezes a importância de tais estudos não é imediatamente apreendida no plano da atenção, mas esses elementos são constitutivos do sistema de saúde indígena, cuja organização remete necessariamente às representações do mundo e das suas práticas cotidianas, que se relacionam às formas de reprodução biossocial, ou seja, às práticas de auto-atenção no sentido lato.

Estudos sobre a cosmologia costumam ser temas centrais nas pesquisas etnográficas indígenas e tratam dos sistemas simbólicos que fundamentam o lugar do humano num universo cíclico de energia, impulsionado pelas relações dinâmicas deste mundo com os outros, do homem com a natureza, da vida com a morte, da predação com a sociabilidade, da saúde com a doença e do rito com a cura (Viveiros de Castro, 1996). Essa visão simbólica orienta as práticas indígenas de auto-atenção, reconhecendo que os xamãs (pajés), como mediadores centrais das relações que influenciam no destino dos homens, têm um papel central nas práticas de saúde no sentido lato.

Do mesmo modo, as representações e práticas corporais são reconhecidas como elementos-chave para o entendimento das sociedades e da cosmologia dos povos indígenas americanos, nas quais a pessoa é fabricada através dos ritos e outras práticas culturais (Seeger et al., 1987; McCallum, 1998) que se ligam à sexualidade, coletividade, sociabilidade, alimentação e a dietas, à morte e ao nascimento, momentos e espaços de intervenção dos profissionais da saúde indígena.

[11] Este ensaio não pretende ser uma revisão da literatura. Assim, as referências citadas devem ser interpretadas como exemplos dos estudos em antropologia da saúde indígena.

Na última década temos visto a consolidação do subcampo 'antropologia da saúde', contemplando estudos e teorias que enfocam especificamente os sistemas médicos e as práticas de saúde pertencentes ao nível mais nuclear da auto-atenção, ou seja, o estudo das representações e práticas relacionadas ao processo saúde-doença-atenção no sentido restrito. Essas pesquisas são dedicadas à descrição dos sistemas médicos nativos e buscam entender como os grupos diagnosticam, explicam e tratam as doenças.[12] Algumas enfocam os vários especialistas tradicionais e as formas de cura ou acompanham os casos de doenças para identificar o itinerário terapêutico.

Particularmente relevantes para se entender as formas atuais de auto-atenção são as pesquisas que analisam a pluralidade de sistemas médicos e a percepção e apropriação de tratamentos biomédicos (Morgado, 1994; Novaes, 1996) pelos grupos indígenas. Estas últimas ressaltam a dinâmica das práticas de auto-atenção, superando uma visão estanque da cultura e explicitando a noção de doença como um processo de construção sociocultural (Langdon, no prelo).

Embora se originem de programas universitários de pesquisa, e não por solicitação explícita de programas de saúde, a maioria desses estudos é de tipo 'estratégico', têm a preocupação de contribuir com as políticas públicas e são altamente relevantes para a articulação de atenção básica com as práticas de auto-atenção, podendo fornecer subsídios para o desenvolvimento de serviços culturalmente diferenciados e adequados às necessidades nativas.

A colaboração entre os antropólogos e os pesquisadores dos campos médicos e biológicos tem uma longa história, porém até recentemente ela se limitou a objetivos do paradigma biomédico que configura o modelo médico hegemônico. A abordagem interdisciplinar de ecologia humana forneceu um dos primeiros paradigmas teóricos para a 'antropologia médica' e foi importante para a consolidação do campo da antropologia de saúde. Porém, naquela abordagem a saúde foi apreendida apenas pelos critérios biologistas, sem uma perspectiva crítica dos processos saúde e doença, e sem a incorporação das representações e formas de auto-atenção das populações estudadas (Armelagos et al., 1991).

O crescimento do campo atual da antropologia da saúde no Brasil nos últimos 20 anos favoreceu a colaboração entre antropólogos, epidemiologistas, nutricionistas e outros profissionais da saúde, seja para o trato de questões teórico-metodológicas ou para o estudo de políticas públicas.[13] Tais enfoques adotam um olhar crítico sobre a situação sanitária dos índios, vista como conseqüente à pobreza, à marginalização, ao preconceito e à iniqüidade por eles enfrentados. Elas demonstram que o perfil epidemiológico precisa ser entendido como resultante dos fatores socioculturais, históricos e econômicos que se geraram nas relações interétnicas (Coimbra Jr. et al.,

[12] Veja Buchillet (1991), Santos & Coimbra (1994) e Santos & Escobar (2001) para exemplos dos temas nos estudos de saúde indígena.

[13] A formação do Grupo de Trabalho na Associação Brasileira de Saúde Coletiva em 2000 representa a consolidação desses esforços. Seus objetivos centrais são: "(a) fomentar discussões acerca do estado atual das pesquisas sobre saúde indígena, prioritariamente nas áreas de epidemiologia e antropologia da saúde e (b) identificar lacunas do conhecimento, *propor linhas de investigação e formas de articulação das instituições de pesquisa e ensino com os serviços de saúde e as comunidades indígenas*" (Coimbra Jr.; Santos & Escobar, 2003:9, grifos dos autores).

2002). No campo da nutrição, os métodos antropológicos são aplicados para se entender os aspectos culturais das práticas alimentares que determinam os valores e práticas de consumo.

A farmacologia antropológica investiga a produção, distribuição, percepção e consumo de produtos farmacêuticos industrializados, como parte constitutiva das práticas de auto-atenção (Etkin & Tan, 1994). Esse campo se consolidou na década de 1980 com o crescimento de pesquisas interdisciplinares preocupadas com uso de fármacos nas sociedades em desenvolvimento.

No Brasil, a hipermedicalização e a automedicação praticadas pelos índios vêm sendo reconhecidas como problema. O relatório final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Indígena propõe "o estabelecimento de limites de utilização dos medicamentos de forma responsável e uma articulação com os remédios fitoterápicos na atenção básica" (Ministério de Saúde/Funasa, 2001, Propostas 112 e 113). Pesquisas interdisciplinares têm contribuído para a compreensão da demanda por remédios industrializados (Garnelo & Wright, 2001), das perspectivas indígenas dos medicamentos e das práticas de automedicação (Diehl, 2001).

Diehl (2001), utilizando métodos antropológicos, observou a micropolítica de um posto de saúde, revelando como a consulta médica tende a resultar em medicalização dos problemas de saúde e como as negociações de poder entre os médicos e os auxiliares em enfermagem, e de ambos com os usuários, resultaram numa distribuição irracional dos medicamentes. Trabalhos como esse permitem o exame crítico da percepção, consumo e distribuição de medicamentos industrializados, orientando-se por preocupações políticas e práticas que são altamente relevantes para a atenção básica.

As pesquisas voltadas para uma epidemiologia sensível ao olhar antropológico contrapõem-se ao paradigma biológico, considerando o processo saúde-doença como um resultado de forças, não apenas biológicas, mas também econômicas, sociais e políticas. Tais investigações também fornecem dados específicos sobre os povos estudados, contribuindo para a melhoria da resolubilidade da atenção básica.

O crescimento, tanto da legislação sobre saúde indígena quanto do campo da antropologia da saúde no Brasil, possibilitou o incremento do número de universidades com atividades em pesquisa, ensino e assessoria no campo de saúde indígena nos últimos 15 anos. Entre os prestadores de serviços, diversos programas de intervenção em saúde, como os de controle das DST/Aids, controle do alcoolismo, de saúde da família e da mulher, têm assinalado a necessidade do acompanhamento antropológico das ações de saúde indígena (Brasil, 2001a, 2001b; Fundação Nacional de Saúde, 2002).

Documentos oficiais do Ministério da Saúde recomendam a criação de comissões multidisciplinares de assessoria técnica de vigilância em saúde nos distritos sanitários, que contem, também, com a presença de antropólogos entre outros (Fundação Nacional de Saúde, 2002). As propostas da última conferência, realizada em 2001, incluem a incorpo-

ração de um antropólogo em cada equipe interdisciplinar dos distritos sanitários responsáveis pela execução da atenção à saúde nas áreas indígenas. Tais recomendações ainda não se tornaram realidade, porém já é possível encontrar antropólogos participando em várias atividades de saúde dirigidas aos povos indígenas, como nos programas de treinamento e capacitação de profissionais da saúde e indígenas que atuam como multiplicadores de processos pedagógicos e de controle social.

Essas intervenções usualmente pontuais são geralmente realizadas por profissionais vinculados aos vários núcleos de pesquisa universitários. Nessas atividades os antropólogos são chamados por deterem conhecimento específico sobre a cultura do grupo indígena atendido, ou por seu conhecimento geral na antropologia da saúde ou da educação. Em tais situações, uma estratégia freqüentemente utilizada é a de traduzir de forma sistemática, em linguagem acessível, os dados etnográficos disponíveis e que se mostrem relevantes para subsidiar o trabalho das equipes de saúde com a sua clientela indígena (Buchillet 1998); tal desempenho parece representar uma das principais expectativas para a atuação do antropólogo no campo da saúde indígena, e corre o risco de instrumentalização do saber antropológico, como já dito aqui. Outro papel relevante por eles desempenhado tem sido a assessoria antropológica para garantir uma interação respeitosa entre equipes de saúde e grupos indígenas.

Porém, a integração de antropólogos nas equipes de saúde de atenção básica permanece pouco comum. Talvez a forma de intervenção mais inovadora, particularmente considerando as relações hierárquicas entre os índios e os profissionais, seja a contratação dos antropólogos pelas próprias organizações indígenas para assessorar suas ações em saúde.

Duas áreas temáticas vêm demandando pesquisas antropológicas de intervenção. A primeira trata da análise dos processos políticos da implantação e funcionamento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Apesar do acompanhamento dos antropólogos na criação do subsistema de saúde e da sua inserção atual nos níveis nacionais e locais das atividades de saúde, ainda faltam investigações sistemáticas sobre os processos de controle social, as formas de representação e participação das comunidades indígenas, e o papel do Agente Indígena de Saúde. Há, igualmente, uma grande carência de pesquisa avaliativa de programas de atenção básica dirigidos aos povos indígenas.[14] E, embora o Programa de Nacional de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids e a Funasa tenham ressaltado as DST, o alcoolismo e o suicídio como problemas prioritários de saúde, existem ainda poucos estudos que apreendam a complexidade desses fenômenos e propiciem avaliações das rotinas de prevenção e recuperação capazes de promover a redução de tais agravos.

[14] Garnelo e colaboradores (1997) realizaram uma avaliação sobre um projeto de educação em saúde, outra sobre cinco distritos sanitários (Garnelo & Brandão, 2003), e uma avaliação geral do funcionamento dos DSEIs (Garnelo, Macedo & Brandão, 2003), mas temos pouco conhecimento sobre estudos de avaliação das atividades de atenção básica (Erthal, 2003).

Em geral ainda existe pouca compreensão entre a maior parte dos profissionais que trabalham com saúde indígena, e mesmo entre os antropólogos, sobre o significado e a importância de atenção diferenciada. Os primeiros anos da existência dos Distritos exigiram a superação de diversos problemas organizacionais para garantir serviços de saúde em todas as áreas indígenas do país, caracterizadas por situações bastante diferenciadas de contato com a sociedade envolvente, de condições de vida e de acesso aos serviços de saúde e exigindo abordagens culturalmente sensíveis que pouco puderam ser operacionalizadas.

Tal contexto pode explicar, em certa medida, a predominância da atenção massificada à saúde, atualmente vigente nas áreas indígenas, que não leva em conta a especificidade étnica do grupo e suas práticas de auto-atenção. No nível nacional não se viabilizou nos Distritos Sanitários o desenvolvimento de práticas de atenção, diferentes do modelo biomédico hegemônico. O assunto não se configura como uma das prioridades de gestão do subsistema de saúde indígena, apesar de a necessidade de respeito às especificidades culturais e aos saberes e práticas de saúde indígena vir sendo reafirmada nos últimos 15 anos no Brasil.

As equipes de saúde parecem pouco entender o que deve, ou pode, ser a contribuição da antropologia para a construção da atenção básica para os índios. Como afirmamos anteriormente, o modelo médico hegemônico continua sendo a base da prestação de serviços entre povos indígenas, e os profissionais da saúde geralmente não têm uma formação que lhes permita refletir sobre as características e potencialidades de outros modelos de atenção à saúde e adotar abordagens integrais menos biologistas e individualistas. Existe, assim, uma tensão entre a percepção antropológica sobre atenção básica e a dos profissionais da saúde, tensão que se manifesta mais freqüentemente em conflitos na arena política e não na de saúde.

Observa-se ainda um impasse entre as noções que antropólogos e profissionais da saúde têm sobre a cultura. Esse impasse tem desdobramentos nas expectativas referentes ao papel do antropólogo na atenção básica. Os profissionais da saúde costumam partilhar a noção corriqueira de 'cultura' como um conjunto fixo e homogêneo, composto de elementos exóticos e estanques, ou seja, de 'traços' que caracterizam um grupo e seu comportamento. Para as equipes de saúde, tais elementos dificultariam o entendimento, pelos indígenas, dos princípios e das indicações da biomedicina, podendo se tornar obstáculos na aceitação de tais práticas. Há uma tendência a simplificar a percepção indígena sobre saúde e doença, representando seus elementos-chave como categorias opostas e mutuamente excludentes, tais como xamã-médico (ignorando os muitos outros especialistas indígenas e práticas de auto-atenção); doença do índio-doença do branco; magia-ciência etc.

Esse tipo de percepção por parte dos profissionais dificulta o reconhecimento de que os índios, como outros segmentos da população, aproveitam de vários sistemas alternativos de saúde disponíveis, sejam estes oriundos das tradições indígenas, populares ou biomédicos, os quais são avaliados e apropriados segundo a eficácia que neles percebem. As fronteiras entre a biomedicina e as medicinas tradicionais são muito permeáveis, o que torna o itinerário tera-

pêutico indígena bastante complexo e composto de diversos fatores. O campo social está permeado por várias tradições e inovações, uma situação que pode ser chamada de 'intermedicalidade', caracterizada por Greene (1998) como uma multiplicidade de atores e de negociações de poderes que fazem parte das interações entre sistemas de cura e cuidados.

Um dos resultados dessa percepção dos profissionais sobre a cultura é a expectativa de que o antropólogo deve ser capaz de descrever, para as equipes de saúde, os elementos da cultura necessários para garantir a eficácia de serviços e procedimentos. Ou seja, contribuindo para que as equipes logrem modificar os comportamentos indígenas tidos como não saudáveis pela biomedicina, tornando-se dóceis às instruções e prescrições dos profissionais da saúde. O trabalho do antropólogo seria, assim, colocado a serviço dos profissionais da saúde, abandonando-se seu método particular de 'olhar' e 'ouvir' (Oliveira, 1998). Se cumpridas, tais premissas representariam uma subversão do método antropológico, voltado para perceber o outro e para entender sua própria visão sobre o mundo, ou seja, estaria sendo desperdiçada a contribuição mais essencial da antropologia para o aprimoramento das práticas sanitárias voltadas para grupos culturalmente diferenciados.

Uma contribuição essencial do antropólogo está no campo da capacitação de recursos humanos em saúde, não para descrever os elementos culturais de outros povos, mas para sensibilizar e capacitar os profissionais, para utilizar o método antropológico nas interações com os pacientes, na busca da integralidade da atenção. Nessas situações, o objetivo da capacitação não seria converter o profissional da saúde em antropólogo, mas contribuir para ampliar sua visão sobre os processos de saúde e doença, auxiliando-os a articular suas intervenções com os saberes e práticas de auto-atenção. Isso exige que a própria forma de conduzir a relação médico-paciente seja reformulada, de modo a permitir uma relação igualitária, na qual a voz do paciente se expressa através de sua narrativa feita para um ouvinte atento e interessado na apreensão de seus significados culturais e médicos (Menéndez, 2003).

Um outro problema de expectativas sobre o papel do antropólogo está relacionado com a natureza política, tanto local quanto nacional, dos serviços de saúde indígena. A antropologia brasileira tem uma longa história em práticas de intervenção e de formulação da política indigenista do país (Oliveira Filho, 1989; Oliveira, 1978). Historicamente, a maior parte dessas atividades se concentrou nos esforços para garantir os direitos dos índios na legislação brasileira e apoiar os índios na defesa de suas terras, participando dos processos de demarcação de terras indígenas. Com o crescimento do movimento indígena, os antropólogos não se vêem desempenhando um papel assistencialista, ou seja, de representantes da voz do índio.

Existe uma tradição de reflexão entre os antropólogos sobre seu papel em situações interculturais marcadas por polifonia, negociação de poderes, iniqüidades, conflito interétnico e disputas territoriais (Bonfil, 1981; Armas, 1981). A chamada 'antropologia da ação' concebe a tarefa do antropólogo mais como o "estabelecimento de um nexo de sentido entre os vários atores e territorialidades" (Oliveira-Filho, 1999:185). Intervenções políticas no campo da saú-

de são mais recentes em comparação com as de defesa de direitos e terra. Porém, seguindo a tradição do indigenismo e a ação indigenista (Oliveira-Filho, 1998), os antropólogos percebem suas práticas de intervenção em saúde como essencialmente políticas.

Assim, a tensão entre os profissionais da saúde e os assessores antropológicos constitui-se não só pelas diferenças entre os campos de conhecimento, mas também pelas diferenças políticas na percepção da construção das relações interétnicas. Enquanto que muitos profissionais adotam uma postura assistencialista ou salvacionista com as minorias marginalizadas, os antropólogos percebem situações de intermedicalidade, marcadas por negociações de poderes diante da presença de várias alternativas de cuidados em saúde, e uma desigualdade inerente às relações entre os índios e os profissionais da saúde.

Considerações Finais

Como já dito aqui, esta discussão não pretende esgotar a temática da colaboração entre as ciências sociais e as práticas sanitárias, propondo-se apenas a problematizar alguns dos recentes avanços do campo das ciências sociais aplicadas à saúde, e a identificar nichos de saberes e práticas que, sendo parte essencial da prestação da atenção básica, não dependem diretamente da reformulação metodológica da epidemiologia para acomodar 'temas sociais'.

Nesta revisão tentou-se demonstrar a contribuição da antropologia como ferramenta de reformulação das práticas sanitárias na atenção básica, auxiliando na superação dos atuais desencontros entre análises genéricas de macro-realidades socioeconômicas e os microcontextos onde atuam as equipes de saúde. A redução convencional desses contextos a variáveis como renda e escolaridade inviabiliza uma descrição adequada dos espaços sociais onde se produzem o evento patológico e as estratégias de auto-atenção. Nesta perspectiva, consideramos o método antropológico como via de enriquecimento das análises das desigualdades em saúde, que contribui para a percepção totalizante da relação entre saúde e condições de vida, permitindo detalhar os modos como se produz o trinômio saúde-doença-cuidados e propiciando uma aproximação estratégica da integralidade da atenção.

Obviamente, tais medidas são incapazes de produzir, por si sós, o aprimoramento das práticas sanitárias, uma vez que sua reformulação depende do redimensionamento do modelo médico hegemônico, que é voltado para a medicina curativo-individual. A influência do viés biologista limita o diálogo interdisciplinar, aprofunda as assimetrias entre as ações médicas e as de auto-atenção e limita o aproveitamento dos estudos antropológicos disponíveis. Porém, o desejado redimensionamento do modelo de atenção passa pela organização de serviços capazes de articular sua dinâmica interna com as práticas de auto-atenção da população e, nesse caso, os estudos etnográficos podem contribuir para a descrição e análise dos sistemas autônomos de cura e cuidados, demonstrando sua racionalidade intrínseca e os modos como se ligam aos processos simbólico-rituais das culturas contra-hegemônicas dos usuários dos serviços de saúde.

Tal raciocínio pode ser mais enfático quando dirigido aos cuidados de saúde dos grupos indígenas, cuja medicina não pode ser separada do conjunto da organização de suas sociedades e cuja lógica interna pode ser encontrada nos processos simbólicos dos ritos e mitos que expressam sua cosmologia e visão do mundo. Em sentido amplo, as estratégias indígenas de auto-atenção se expressam nas práticas cotidianas das relações de parentesco e gênero, nos saberes e técnicas de subsistência, na constituição das famílias e em outros tópicos de sua vida social. É no desenho das etnografias específicas sobre as culturas dos grupos indígenas que se produz o material necessário para o entendimento de suas práticas de auto-atenção e das formas como elas interagem com as políticas públicas de saúde.

A preocupação com atenção diferenciada e sensibilidade cultural de programas de saúde estimulou o diálogo interdisciplinar e a colaboração dos antropólogos nas práticas cotidianas de alguns espaços do Sistema Único de Saúde no Brasil. Nesse caso, a relevância dos estudos estratégicos de antropologia e a colaboração interdisciplinar se tornam mais evidentes e compreensíveis para os profissionais da saúde. Porém, esses são espaços minoritários no SUS, e sem uma ampla reformulação de toda a atenção básica as colaborações entre antropólogos e sanitaristas tendem a permanecer escassas, limitadas e pouco relevantes.

Por outro lado, a aplicação do conhecimento antropológico na atenção básica em saúde é ainda um campo em construção, que demanda mais investigações e interações concretas entre os dois tipos de saber. Por ora, a operacionalização do método antropológico nos processos de organização dos serviços ainda permanece pouco delineada, exigindo um amplo desenvolvimento que possibilite a abordagem adequada das relações entre práticas sanitárias de sistemas oficiais de saúde e os modos de vida e sistemas de auto-atenção dos usuários.

Tal tarefa se complexifica quando relembramos que a cultura dos grupos sociais atendidos não é um composto de 'traços' concretos imutáveis que podem ser instrumentalizados para promover a articulação entre os saberes médico-científicos e os populares. As produções culturais são históricas, mutáveis e contextuais, emergindo através da práxis do cotidiano na qual os atores atribuem significados aos eventos e aos seus atos, o que pode se dar em desacordo com as necessidades e prioridades estabelecidas pelos profissionais e serviços de saúde.

O olhar relativista da antropologia exercita a capacidade de respeitar o outro, limita o etnocentrismo da biomedicina, propicia a redução das assimetrias entre saberes científicos e não-científicos e o reconhecimento das necessidades e prioridades dos usuários. Os antropólogos podem contribuir para o entendimento de como processos socioeconômicos gerais se expressam em realidades particulares, influenciando nas demandas e recusas por serviços de saúde e nos modos como as populações autóctones desenvolvem representações e práticas de cura e cuidados de saúde.

Não existem fórmulas ou receitas antropológicas que resolvam os problemas da articulação entre organização da atenção e os modos de vida da população. Para que a potencial contri-

buição da antropologia na atenção básica seja plenamente viabilizada, é necessário que se estabeleça uma colaboração interdisciplinar e intercultural entre antropólogos, equipes de saúde e usuários, num compromisso de todos com o diálogo e a experimentação de novas formas de articulação de saberes e pontos de vista.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA-FILHO, N. *A Clínica e a Epidemiologia*. Salvador, Rio de Janeiro: APCE, Abrasco, 1992.

ALMEIDA-FILHO, N. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, II(1/2):5-20, 1997.

ALMEIDA-FILHO, N. *A Ciência da Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2000.

ALMEIDA-FILHO, N. Integração metodológica na pesquisa em saúde: nota crítica sobre a dicotomia qualitativo-quantitativo. In: GOLDEMBERG, P.; MARSIGLIA, R. & GOMES, M. H. (Orgs.) *O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

ARAÚJO, I. *A Reconversão do Olhar: prática discursiva e produção dos sentidos na intervenção social*. São Leopoldo: Editora Usininos, 1999.

ARMAS, M. N. A antropologia aplicada no México e seu destino final: o indigenismo. In: JUNQUEIRA, C. & CARVALHO, E. A. (Orgs.) A*ntropologia e Indigenismo na América Latina*. São Paulo: Cortez, 1981.

ARMELAGOS et al. Biocultural synthesis in medical anthropology. *Medical Anthropology Special Issue: the application of theory in medical anthropology*, 14(1):35-52, 1991.

BAKTHIN, M. *Marxismo e Filosofia da Linguagem*. São Paulo: Hucitec, 1992.

BENEVIDES, I. Viagens pelos caminhos do coração: uma abordagem em verso e prosa sobre as possibilidades e limites do Programa de Saúde da Família. In: VASCONCELOS, E. (Org.) *A Saúde nas Palavras e nos Gestos: reflexões da Rede de Educação Popular e Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001.

BONFIL, G. Do indigenismo da revolução à antropologia crítica. In: JUNQUEIRA, C. & CARVALHO, E. A. (Orgs.) A*ntropologia e Indigenismo na América Latina*. São Paulo: Cortez, 1981.

BRASIL. Ministério da Saúde. Anais da 1ª Oficina Macrorregional de Estratégia, Prevenção e Controle das DST/Aids para as Populações Indígenas das regiões Sul e Sudeste, e do Mato Grosso do Sul, Londrina. Brasília, Londrina: Coordenação Nacional de DST/Aids/Programa Municipal para DST/Aids/Alia, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Seminário sobre Alcoolismo e DST/Aids entre os Povos Indígenas. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de DST e Aids, 2001a. (Seminários e congressos, 4)

BRASIL. Ministério da Saúde. III Conferência Nacional de Saúde Indígena - Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil: avanços, desafios e reafirmação de princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, ago. 2002. www.funasa.com

BRICEÑO-LEÓN, R. A cultura da enfermidade como fator de proteção e de risco. In: VERAS, R.; BARRETO, M. & ALMEIDA-FILHO, N. (Orgs.) *Epidemiologia: contextos e pluralidades*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1998.

BRICEÑO-LEÓN, R. Las ciências sociales y la salud: um diverso y mutante campo teórico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1):33-46, 2003.

BUCHILLET, D. (Org.) *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*. Belém: MPEG/Cejup/UEP, 1991.

BUCHILLET, D. Levantamento e avaliação de projetos de saúde em áreas indígenas da Amazônia Legal. Suporte a projetos de saúde culturalmente sensíveis. Subsídios aos Projetos Demonstrativos para Populações Indígenas/PDI, no âmbito do Programa Integrado de Proteção às Terras e Populações Indígenas da Amazônia Legal (PPTAL). Relatório de consultoria antropológica. Brasília: Ministério da Saúde, nov. 1998.

CASTRO, R. Ciencias sociales y salud en México: movimientos fundacionales y desarrollos actuales. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1):47-62, 2003.

CERNEA, M. Re-tooling in applied social investigation for development planning: some methodological issues. SCRIMSHAW, N. & GLEASON, G. (Eds.) *Rapid Assessment Procedures: qualitative methodologies for planning and evaluations on health related programmes*. Boston: INFDC, 1992.

COHN, A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1):9-18, 2003.

COIMBRA JR. et al. Integração entre epidemiologia e antropologia. *História, Ciências, Saúde*, VI(3):689-704, 2000.

COIMBRA JR., C.; SANTOS, R. V. & ESCOBAR, A. L. Apresentação. In: COIMBRA JR., C.; SANTOS, R. V. & ESCOBAR, A. L. (Orgs.) *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, Abrasco, 2003.

COIMBRA JR., C. et al. *The Xavante in Transition: health, ecology and bioanthropology in Central Brazil*. Ann Arbor: University of Michigan Press, 2002.

CORREIA, M. V. C. *Que Controle Social? Os conselhos de saúde como instrumento*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

DIEHL, E. *Entendimentos, Práticas e Contextos Sociopolíticos do Uso de Medicamentos entre os Kaingáng (Terra Indígena Xapecó), Santa Catarina, Brasil*, 2001. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

ERTHAL, R. A Formação do agente de saúde indígena Tikuna no Alto Solimões: uma avaliação crítica. In: COIMBRA JR., C.; SANTOS, R. V. & ESCOBAR, A. L. (Orgs.) *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, Abrasco, 2003.

ETKIN, N. & TAN, M. (Eds.) *Medicines: meaning and contexts*. Amsterdam, Quezon City: Health Action Information Network/Medical Anthropology Unit University of Amsterdam, Philippines, 1994.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília: Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde, 2002.

GARNELO, L. Projeto rede autônoma de saúde indígena: uma experiência de educação e comunicação em saúde indígena. In: VASCONCELOS, E. (Org.) *A Saúde nas Palavras e nos Gestos: reflexões da Rede de Educação Popular e Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001.

GARNELO, L. & BRANDÃO, L. C. Avaliação preliminar do processo de distritalização sanitária indígena no estado do Amazonas. In: COIMBRA JR., C.; SANTOS, R. V. & ESCOBAR, A. L. (Orgs.) *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, Abrasco, 2003.

GARNELO, L; MACEDO, G. & BRANDÃO, L. C. *Os Povos Indígenas e a Construção das Políticas de Saúde no Brasil*. Brasília: OMS, Opas, 2003.

GARNELO, L. & WRIGHT, R. Sickness, healing and health services: social representations, practices and demands among the Baniwa. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(2):273-284, 2001.

GARNELO, L. et al. Representações indígenas sobre DST/Aids no Alto Rio Negro: aspectos preliminares. *Anais da 1ª Oficina Macrorregional de Estratégia, Prevenção e Controle das DST/Aids para as Populações Indígenas das regiões Sul e Sudeste, e do Mato Grosso do Sul*, Londrina. Brasília, Londrina: Coordenação Nacional de DST/Aids, Programa Municipal para DST/Aids/Alia 1997.

GREENE, S. The shaman's needle: development, shamanic agency, and intermedicality in Aguaruna lands, Peru. *American Ethnologist*, 25(4):634-658, 1998.

KLEINMAN, A. M. *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press, 1980.

KLEINMAN, A. M. *Writing at the Margin: discourse between anthropology and medicine*. Berkeley: University of California Press, 1995.

LANGDON, E. J. Salud y pueblos indígenas: los desafios en el cambio de siglo. In: BRICEÑO-LEÓN, R.; MINAYO, M. C. & COIMBRA JR., C. *Salud y Equidad: una mirada desde las ciencias sociales.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

LANGDON, E. J. A construção sócio-cultural da doença e seu desafio para a prática médica. In: BARUZZI, R. (Org.) *Antropologia da Saúde e Projeto Xingu*. São Paulo: Unifesp/EPM, no prelo.

McCALLUM, C. O corpo que sabe: da epistemologia Kaxinawá para uma antropologia médica das terras baixas sul-americanas. In: ALVES, P. C. & RABELO, M. C. (Orgs.) *Antropologia da Saúde: traçando identidade e explorando fronteiras.* Rio de Janeiro: Relume Dumará, Editora Fiocruz, 1998.

MENÉNDEZ, E. Antropologia médica e epidemiologia: processo de convergência ou processo de medicalização? In: ALVES, P. C. & RABELO, M. C. (Orgs.) *Antropologia da Saúde: traçando identidade e explorando fronteiras.* Rio de Janeiro: Relume Dumará, Editora Fiocruz, 1998.

MENÉNDEZ, E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1):185-208, 2003.

MINAYO, M. C. Construção da identidade da antropologia na área da saúde: o caso brasileiro. In: ALVES, P. C. & RABELO, M. C. (Orgs.) *Antropologia da Saúde: traçando identidade e explorando fronteiras.* Rio de Janeiro: Relume Dumará, Editora Fiocruz, 1998.

MINAYO, M. C. & MINAYO-GOMEZ, C. Difíceis e possíveis relações entre métodos quantitativos e qualitativos nos estudos de problemas de saúde. In: GOLDEMBERG, P.; MARSIGLIA, R. & GOMES, M. H. (Orgs.) *O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MINAYO, M. C. et al. Possibilidades e dificuldades nas relações entre ciências sociais e epidemiologia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1):97-108, 2003.

MONTE, C. et al. Designing educational messages to improve weaning food practices of families living in poverty. *Social Science and Medicine*, 44(10):1.453-1.454, 1997.

MORGADO, P. O pluralismo médico Wayana-Aparai: a intersecção entre a tradição local e a global. *Cadernos de Campo*, 4:41-70, 1994.

NATIONS, M. & HEBHUN, L. Mystification of a simple solution: oral rehydratation therapy in northeast Brazil. *Social Science and Medicine*, 27(1):25-38, 1988.

NATIONS, M. & MONTE, C. "I'm not dog, no!": cries of resistance against cholera control campaigns. *Social Science and Medicine*, 43(6):1.007-1.024, 1996.

NOVAES, M. R. *A Caminho da Farmácia: pluralismo médico entre os Wari de Rondônia*, 1996. Dissertação de Mestrado, Campinas: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas.

OLIVEIRA, R. C. Utopia e política indigenista: indigenismo ou colonialismo? In: OLIVEIRA, R. C. *A Sociologia do Brasil Indígena*. Brasília, Rio de Janeiro: Editora UnB, Tempo Brasileiro, 1978.

OLIVEIRA, R. C. *O Trabalho do Antropólogo*. Brasília, São Paulo: Paralelo 15, Unesp, 1998.

OLIVEIRA-FILHO, J. P. O Projeto Tikuna: uma experiência de ação indigenista. In: OLIVEIRA-FILHO, J. P. (Org.) *Sociedades Indígenas e Indigenismo no Brasil.* Rio de Janeiro: UFRJ, Marco Zero, 1987.

OLIVEIRA-FILHO, J. P. Apresentação. In: OLIVEIRA-FILHO, J. P. (Org.) *Indigenismo e Territorialização.* Rio de Janeiro: Contra Capa, 1998.

OLIVEIRA-FILHO, J. P. A busca da salvação: ação indigenista e etnopolítica entre os Ticuna. In: OLIVEIRA-FILHO, J. P. *Ensaios em Antropologia Histórica*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1999.

POSSAS, C. *Epidemiologia e Sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1989.

SANTOS, R. V. & COIMBRA JR., C. (Orgs.) *Saúde e Povos Indígenas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

SANTOS, R. V. & ESCOBAR, A. L. (Orgs.) Saúde dos povos indígenas no Brasil: perspectivas atuais. *Cadernos de Saúde Pública* 17(2):258, 2001.

SCRIMSHAW, S. Adaptation of anthropological methodologies to rapid assessment of nutrition and primary health care. SCRIMSHAW, N. & GLEASON, G. (Eds.) *Rapid Assessment Procedures: qualitative methodologies for planning and evaluations on health related programmes*, Boston: INFDC, 1992.

SEEGER A. et al. A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras. In: OLIVEIRA-FILHO, J. P. (Org.) *Sociedades Indígenas e Indigenismo no Brasil*. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1987.

SEVALHO, G. & CASTIEL, L. Epidemiologia e antropologia médica: a in(ter)disciplinaridade possível. In: ALVES, P. C. & RABELO, M. C. (Orgs.) *Antropologia da Saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, Editora Fiocruz, 1998.

VERÓN, E. *A Produção do Sentido*. São Paulo: Cultrix, USP, 1980.

VIVEIROS DE CASTRO, E. B. Images of nature and society in Amazonian ethnology. *Annual Review of Anthropology*, 25:179-200, 1996.

9. OS CORPOS NA ANTROPOLOGIA

José Carlos Rodrigues

O estudo do corpo sempre foi uma das preocupações centrais da antropologia. Por dentes, crânios, ossadas, colorações de peles, caracterizações antropométricas, posturas..., a disciplina tornou-se conhecida do grande público e teve primeiro reconhecida sua legitimidade científica. Mesmo nos dias de hoje não é perfeitamente unânime para o senso comum a imagem do antropólogo como um cientista social. Em ambientes leigos ou eruditos, embora de modo cada vez mais tênue, ainda tem prevalecido a representação do antropólogo como alguém preocupado em buscar a explicação dos comportamentos, pensamentos e sentimentos dos seres humanos nas origens primatas de suas características corporais.

Fortemente influenciada pela herança de Darwin, que ainda não compreendia bem a vida coletiva de primatas humanos e não-humanos, essa perspectiva, conhecida como antropologia biológica (ou física), enfatizou os traços hereditários do corpo, colocando entre parênteses e na prática ignorando os seus aspectos sociais. Sobretudo, esse tipo de antropologia praticamente desprezou as dimensões aprendidas e culturais da corporeidade – de modo que ainda hoje pode soar estranho, tanto em domínio leigo quanto em território científico, que uma abordagem sociológica de tais dimensões seja reivindicada.

É claro que uma certa preocupação com a 'influência' dos fatores ambientais em que vivem animais e plantas sempre esteve presente na tradição darwiniana e com força ainda maior nos estudos sobre os hominídeos. Por esse caminho atingiram-se os estudos antropológicos sobre o corpo. Mas até recentemente esses fatores ambientais foram identificados mais como as circunstâncias físicas da existência (temperatura, umidade, altitude, disponibilidade de alimentos etc.) do que como o envolvimento coletivo que preside a coexistência dos organismos.

É igualmente notório que uma atenção importante votada para os aspectos 'comportamentais' dos seres vivos deve ser atribuída a essa tradição. Também deve ser reconhecido que essa preocupação de algum modo afetou a antropologia do corpo. Contudo, esse olhar não enfatizou sistemas holísticos de organização social. Somente nas últimas três ou quatro décadas uma

consideração mais orgânica e sistemática tem sido pretendida e praticada, especialmente por algumas vertentes do pensamento biológico que se inspiraram na noção de ecossistema e que se materializaram em abordagens como a da etologia e a da zoossemiótica. Como se sabe, o olhar comportamentalista sempre se limitou a direcionar seus holofotes para ações e reações de organismos individuais, com vistas a adaptações diante de situações específicas, tais como cortejamento, reprodução, predação ou defesa.

Ontem

Franz Boas foi um dos pioneiros dos estudos socioculturais que tomaram o corpo humano como objeto específico. O seu *Relatório sobre as Mudanças na Forma dos Descendentes de Imigrantes*, publicado em 1911, foi um dos primeiros estudos antropológicos a mostrar que características corporais que eram tidas por fixas, já que determinadas pela 'natureza', revelavam-se passíveis de influência pelo ambiente social. Em um texto no qual se detém na minúcia de comparar as posições de dormir de crianças de diferentes nacionalidades (para excluí-las, aliás, como fator explicativo), Boas, entre outras características corporais, pôs em destaque o formato da cabeça de descendentes de imigrantes em Nova York.

O índice cefálico sempre havia sido considerado um dos mais estáveis e permanentes traços das populações humanas. Mas Boas mostra as transformações que por razões "ainda obscuras" (1974:339) o formato do crânio sofria nos descendentes daqueles que se transferiam do solo europeu para o norte-americano: "Por exemplo, os judeus da Europa oriental, que têm a cabeça muito redonda, se tornam de cabeça mais alongada; os italianos do sul, que na Itália têm cabeça extremamente alongada, passam a ter cabeça mais curta" (Boas, 1974:322). E um pouco mais adiante: "quanto mais tempo os pais estão na América, maior é a divergência dos descendentes em relação ao tipo europeu" (Boas, 1974:324).

Ao receber no mesmo ano uma versão mais acessível ao grande público, diluída em seu livro *The Mind of Primitive Man*, que foi reeditado em 1922 e 1938, o *Relatório* obteve importante repercussão acadêmica e extra-acadêmica. Publicado também em alemão em 1914 com o título de *Kultur und Rasse* e incluído no índice de publicações desaprovadas pelo regime nazista, essa repercussão se concentrou sobretudo nos pontos em que Boas tematizou de modo específico a questão racial na sociedade moderna. Um dos pontos a ressaltar é que a partir de então, em vez de artigos e manifestações esparsos, aqueles que se posicionavam contra as teorias racistas passaram a dispor de um livro referencial de feitura científica, baseada em medidas e em análise objetiva.

Estudando traços corporais como estatura, peso, largura e comprimento da cabeça, Boas chamou a atenção para os erros subjacentes à teoria que sustenta que a origem racial determine os comportamentos social e mental. E contra aqueles que imagina(va)m que os homens sejam produtos de seus corpos, com palavras categóricas cujo sentido se enriquece se considerarmos o contexto em que foram proferidas, o grande antropólogo advertia que o oposto é que era verdadeiro:

> nem mesmo aquelas características de uma raça que se provaram mais permanentes no seu antigo domicílio permanecem as mesmas em novas vizinhanças; somos compelidos a concluir que quando estes traços do corpo mudam, todo o corpo e a disposição mental dos imigrantes pode mudar. (Boas, 1974:322)

Seria impossível minimizar o valor dessa experiência americana, tendo em vista tantos frutos materializados na preocupação com o corpo sempre presente em obras de antropólogos importantíssimos que Boas influenciou, como Ruth Benedict, Margaret Mead, Cora Du Bois e Clyde Kluckhohn, nos Estados Unidos, e Gilberto Freyre, no Brasil. Não obstante, as contribuições mais efetivas e orgânicas para a constituição de uma antropologia do corpo resultaram, no meu entender, talvez meio indiretamente, do esforço sistemático desenvolvido pela Escola Sociológica Francesa para constituir o social como domínio autônomo e legítimo de investigação científica.

Como se sabe, Durkheim, Mauss e seus companheiros empenharam-se arduamente na tarefa de convencer o mundo acadêmico das primeiras décadas do século passado de que os fenômenos coletivos eram regidos por uma lógica própria, irredutível à do psiquismo individual ou à da natureza biológica. De modo involuntário ou proposital, muitos dos temas escolhidos para as investigações da Escola (religião, educação, suicídio, morte, sacrifício, individualização, categorias mentais, noção de pessoa, reciprocidade...) parecem ter sido eleitos de forma a obedecer a uma estratégia especial. Essa estratégia consistia em evidenciar do modo mais cristalino possível o quanto uma ciência específica do social teria de importante a dizer sobre fenômenos tradicionalmente tidos como atinentes a outras disciplinas, especialmente a biologia e a psicologia.

Ora, no âmbito dessa estratégia, a corporeidade humana e suas manifestações encontraram quase naturalmente um lugar bastante previsível, coerente e particular. Um espaço que se materializou em trabalhos – escassos, talvez, mas muito preciosos – que são até hoje verdadeiros clássicos da antropologia do corpo e que constituem referências fundamentais para qualquer praticante deste campo, neófito ou mesmo experiente. Tais estudos, interrompidos em parte durante a primeira grande guerra, vieram à luz entre 1897, com o aparecimento de *O Suicídio*, de Émile Durkheim, e 1936, quando Marcel Mauss publicou 'As técnicas corporais'.

Entre as datas mencionadas encontramos pesquisas que começavam a descobrir que o corpo humano era muito mais do que um dado biológico: estudos que punham em evidência as diferenças gigantescas entre o humano e o corpo simplesmente animal. Com grande ousadia intelectual, tais trabalhos defendiam que o corpo não se reduzia a uma propriedade privada individual e que ele não se limitava a ser o domicílio particular de uma consciência subjetiva. Fundamentalmente, essas investigações, algumas das quais valerá a pena rememorar nas páginas seguintes, perseguiam a idéia de que seria possível fazer uma reflexão de índole sociológica e simbólica sobre o corpo humano.

Em *O Suicídio*, por exemplo, Durkheim (1971) contestou a possibilidade de explicação desse fenômeno por fatores do meio físico (clima, por exemplo), da constituição orgânica (ori-

gem racial, predisposição genética) ou da disposição psicológica (loucura, depressão, alcoolismo etc.). Recusando-se a se conformar com a idéia de que constituíssem acontecimentos isolados que deveriam ser considerados separadamente, Durkheim procurou demonstrar que, em vez de resultar das profundezas misteriosas do psiquismo, um fenômeno tão individual e tão psicológico, como a extinção voluntária da própria vida, exibia em cada sociedade européia uma admirável constância estatística dentro de um intervalo determinado de tempo.

Segundo Durkheim, aquela constância estatística se dava não apenas quanto à tipologia sociológica de suicídios (individualistas, altruístas ou anômicos). Podia também ser demonstrada no que diz respeito à forma de execução (afogamento, envenenamento, enforcamento, armas de fogo, queda, asfixia etc.), muito particularmente quando essa forma fosse valorizada de maneira positiva ou negativa dentro de um determinado grupo social. De acordo com os dados que Durkheim apresentou, em cada sociedade européia o suicídio se relacionava também de modo coerente, consistente e razoavelmente persistente com as variáveis socioeconômicas de idade, gênero, profissão, renda, estado civil, situação familiar, religião, instrução, moradia rural ou urbana... Até mesmo os ritmos do calendário social, como as estações do ano, os dias da semana, os meses, as horas diurnas ou noturnas e as datas festivas mostravam-se atuantes nas práticas de auto-extinção.

O argumento principal de Durkheim lastreava-se na constatação de que, embora os indivíduos que compõem uma sociedade mudem de ano para ano, o número de suicidas e suas categorias permanecem os mesmos enquanto essa sociedade não se transforma. Observou que existem circunstâncias nas quais, por dever moral, a sociedade pede e até mesmo obriga que esse ato extremo seja praticado, como é o caso do *sati* das viúvas hindus e de algumas formas de suicídio ritual no Japão. Sustentou que a auto-extinção é função da maior ou menor intensidade ou efervescência da vida social, variando "em razão inversa ao grau de integração dos grupos sociais de que o indivíduo faz parte" (Durkheim, 1971:164). Em suma, Durkheim (1971:107) procurou demonstrar que "em cada sociedade existe uma tendência específica para o suicídio, que não se explica nem pela constituição orgânico-psíquica dos indivíduos nem pela natureza do meio físico".

O raciocínio de Durkheim continha vários pontos que estavam destinados a exercer importância crucial na constituição da antropologia do corpo. Entre eles, a idéia de que a até mesmo a vida individual seja um valor – isto é, o pensamento de que cada sociedade oferece a seus membros as razões pelas quais vale a pena viver ou deixar de viver – veio a permitir que as noções de corpo, morte, saúde, doença etc. fossem relativizadas culturalmente. Por outro lado, a constatação de que o suicídio é característica humana exclusiva, presente em todas as sociedades – embora extremamente rara em crianças não inteiramente socializadas e em pessoas que apresentem comprometimento importante das funções intelectuais – veio a propiciar que uma reflexão antropológica sobre a vida humana se estabelecesse a partir de novas premissas.

É de 1909 a publicação de *A Preeminência da Mão Direita*, de Robert Hertz (1980). O propósito desse texto, como está bem claramente explicitado no subtítulo, era constituir um estudo sobre a polaridade religiosa entre o sagrado e o profano. Portanto, a despeito do enunciado no título principal, no seu conjunto o trabalho não tinha ainda o objetivo manifesto de ser especificamente uma investigação a respeito do corpo humano. Não obstante, isso não impediu que viesse a representar um dos eventos fundadores da antropologia do corpo – um daqueles trabalhos em que, como dizíamos linhas atrás, a corporeidade humana e suas manifestações encontraram o lugar mais importante, ainda que indireto, nas preocupações do grupo reunido em torno da revista *Année Sociologique*.

Apoiado em abundante material etnográfico, Hertz toma o próprio corpo humano como domínio no qual se pode comprovar a tese durkheimiana de precedência e exterioridade do social com relação ao individual – psíquico ou orgânico. Sua curiosidade fundamental: por que razão a imensa maioria dos seres humanos é destra, enquanto apenas alguns poucos são canhotos? E mais: como explicar a desigualdade entre a destra e a sinistra, que se observa em todas as sociedades? A que atribuir as honras, prerrogativas e lisonjas destinadas à primeira, que contrastam com o desprezo e a humilhação de que padece a segunda? Por que, para a direita, "a idéia do poder sagrado, regular e benéfico, o princípio de toda atividade afetiva, a fonte de tudo que é bom, favorável e legítimo" e, para a esquerda, "esta concepção do profano e do impuro, o fraco e incapaz que é também maléfico e temido"? (Hertz, 1980:111).

Para atacar essas questões, Hertz não precisou se contrapor frontalmente às teorias, então vigentes e ainda hoje hegemônicas, que procuram explicar a preferência pelo lado direito do corpo com base na preeminência do hemisfério cerebral esquerdo. Admitiu tranqüilamente que uma conexão regular deveria existir entre desteridade e o desenvolvimento da parte esquerda do cérebro. Nesses termos, Hertz concordou com a formulação, atribuída a Broca, segundo a qual somos destros na mão porque canhotos no cérebro.

Sua reflexão introduziu, entretanto, um questionamento fundamental, que definia um quase completo redirecionamento do raciocínio: "Mas, destes dois fenômenos, qual é a causa e qual é o efeito?". O que nos impede de dizer que os homens são canhotos do cérebro por serem destros do corpo? E aduziu: "Se abstrairmos os efeitos produzidos pelo exercício e pelos hábitos adquiridos, a superioridade fisiológica do hemisfério esquerdo reduz-se a tão pouco que pode no máximo determinar uma leve preferência em favor do lado direito" (Hertz, 1980:101).

Tal desconfiança se reforçava ainda pela consciência do fato de que "se um acidente priva um homem de sua mão direita, a esquerda adquire depois de algum tempo a força e a habilidade que não tinha" (Hertz, 1980:103). Portanto, algo mais deveria estar atuando na lateralidade humana, principalmente quando se considera que, diferindo da predileção superior a 90% entre os seres humanos pela mão direita, os animais mais próximos destes ou são ambidestros ou apresentam uma distribuição estatística muito mais proporcional e 'democrática' nas suas opções por um dos lados.

Com base em documentos etnográficos, Hertz chamou a atenção para o fato de que a preferência pela mão direita não se limita a ser uma tendência natural. Por toda parte, em vez de um esforço educativo que procurasse redimir a esquerda de suas fraquezas – como seria bastante razoável esperar –, esta última é, pelo contrário, subjugada, reprimida, mantida em inatividade e tem seu desenvolvimento metodicamente frustrado. Pode-se constatar, então, que em nenhum lugar a desteridade é aceita como uma necessidade natural apenas: representa também um ideal ao qual todos devem se conformar, uma meta moral que a sociedade nos força a respeitar. Sem essa pressão coletiva, argumenta Hertz, é bastante duvidoso que a destra obtivesse essa maioria tão consagradora. E, conseqüentemente, é provável que o número de canhotos fosse expressivamente maior.

Nessa linha de raciocínio, em contraste com a verdadeira apoteose de que é objeto a mão direita, Hertz cita sociedades em que as crianças são repreendidas e punidas por permitirem atividade à sinistra, ou têm a mão esquerda amarrada para aprenderem a dela não se servirem senão para tocar as coisas impuras. Relembra povos em que os canhoteiros são encarados como feiticeiros ou demônios e faz referência a grupos em que as refeições podem ser feitas apenas com a destra. Evoca populações em que a esquerda não deve ser lavada ou ter as unhas aparadas, de forma que "a crença na profunda disparidade entre as duas mãos às vezes chega até a produzir uma assimetria física visível" (Hertz, 1980:107). Em toda sociedade, diz Hertz (1980:104), o mancinismo é uma transgressão, "que traz para o infrator uma reprovação social mais ou menos explícita", pois "o poder da mão esquerda é sempre algo oculto e ilegítimo, que inspira terror e repulsa" (Hertz, 1980:117).

Não é necessário, entretanto, permanecermos nesse domínio de símbolos religiosos, por assim dizer, macrocosmológicos da reflexão de Hertz, em que a mão esquerda sofre uma verdadeira amputação. Em adição a isso, por toda parte as sociedades cuidam de se municiar de todo um dispositivo de práticas e de disposições microscópicas que no dia-a-dia façam do canhoto um verdadeiro *gauche*. Um simples olhar em nossas vizinhanças o demonstra: para realçar o mutismo da mão esquerda, abridores de latas, cadernos com espiral, relógios de pulso, carteiras escolares, maçanetas de portas, tesouras, saca-rolhas, instrumentos musicais, acessórios de computador e até colheres entortadas feitas para uso de bebês, parecem ter sido concebidos apenas para a mão direita.

Eis nesses poucos exemplos uma repressão silenciosa, presente até mesmo em pleno cenário das sociedades ocidentais contemporâneas, que por obra do individualismo nelas reinante crêem ser bastante mais tolerantes com relação aos canhotos do que o foram seus ancestrais. De fato, essa tolerância maior talvez seja efetiva, pois parece que os canhotos estão crescendo em número (como Hertz havia prefigurado provável em uma sociedade sob esse aspecto menos repressiva). Parece também que estão se fazendo mais nitidamente presentes nos palcos públicos, nos quais cada vez mais ocupam posições de primeiro plano. Em vários casos, os canhotos se jactam, citando estatísticas que reivindicam uma pretensa superioridade para esta condição, e se comprazem em arrolar nomes de congêneres famosos ou conhecidos por possuírem talentos acima do normal.

Essa última observação nos ajudará a precisar um ponto muito importante para o desenvolvimento da antropologia do corpo. A tese de Hertz concebia, em síntese, que a lateralização do corpo não era senão um reflexo da polaridade religiosa e social. Sustentava:

> Como pode o corpo do homem, o microcosmo, escapar da lei da polaridade que governa tudo? A sociedade e todo o universo têm um lado que é sagrado, nobre e precioso e outro que é profano e comum: um lado masculino, forte e ativo, e outro feminino, fraco e passivo; ou, em duas palavras, um lado direito e um lado esquerdo. (Hertz, 1980:108)

Portanto, direita e esquerda estariam para sempre e em todos os contextos condenadas a exprimir respectivamente a cultura e a natureza, a ordem e o caos, o sagrado e o profano, o puro e o impuro, o conformismo e o desvio, o masculino e o feminino...

Talvez seja importante ressaltar que esse último pensamento constitui uma generalização que, no meu entender, em mais de um aspecto a antropologia atual deixou de acolher. Especificamente do ponto de vista da antropologia do corpo, a proposição é ousada e excessiva, sobretudo por atribuir significados fixos, absolutos e universais aos lados direito e esquerdo – algo que não pode ser confirmado pela etnografia. Também não pode ser acolhido pelas teorias do simbolismo mais aceitas nos dias atuais, pois estas, influenciadas pela lingüística saussuriana, em geral tendem a admitir que toda significação é de posição em relação a outras significações e dependente dos contextos em que se dá.

Não obstante, é também preciso registrar que o ensaio sobre a mão direita foi um episódio muitíssimo especial na história dos estudos sociológicos sobre o corpo. Ele constituiu um momento a partir do qual ficou patenteado, para sempre e de maneira bastante vívida, o quanto a educação, os valores e os simbolismos diretamente interferiam sobre o comportamento corporal. Apesar de pretender "um estudo sobre a polaridade religiosa", com *A Preeminência da Mão Direita* Hertz demonstrou que essa interferência da cultura sobre o corpo se dava de um modo muito mais incisivo e muitíssimo mais arraigado do que a antiga antropologia e as disciplinas vizinhas poderiam supor.

Obedecendo à mesma linha de questionamento, lembremos que Hertz havia publicado, em 1907, um estudo particularmente instigante, do ponto de vista da antropologia do corpo, com o título de *Contribuição para um Estudo sobre as Representações Sociais da Morte* (1970). Raciocinando de acordo com a proposta durkheimiana, esse ensaio partiu da observação de que os fenômenos fisiológicos não dizem tudo quando se trata da morte de um ser humano. Registrou, em primeiro lugar, que o desaparecimento dos homens não é sempre e em todas as sociedades representado e sentido como entre nós. Constatou que a morte é um processo muitas vezes lento e que o simples desenlace físico não basta para configurá-la de modo instantâneo nas mentes humanas. Procurou colocar em evidência o fato de que ao evento orgânico se somava sempre um conjunto complexo de crenças, de emoções e de atos, que atribuíam à morte dos homens um caráter sempre singular. "O corpo do defunto não é considerado como o cadáver de um animal qualquer: é necessário lhe dar cuidados definidos e uma sepultura regular, não simplesmente por medida de higiene, mas por obrigação moral" (Hertz, 1970:1).

Do ponto de vista da antropologia do corpo, a questão fundamental que Hertz levantou incidia sobre a razão pela qual – diferentemente do que acontece com os animais – os seres humanos manifestam aversão, verdadeiro horror em relação ao cadáver de seus semelhantes. Destacou que essa emoção assumia características extremadas sobretudo quando se tratasse de um cadáver em decomposição. Os defensores de uma explicação inspirada em argumentos de ordem biológica ou higiênica citavam com freqüência o fato de que universalmente se observam práticas culturais, como o sepultamento, a cremação, a mumificação etc., que objetivam afastar a putrefação e proteger os vivos das influências deletérias que a decomposição comporta.

No âmbito dessa teoria os costumes preventivos encontrariam uma explicação 'natural', baseada em instintos humanos universais. Contudo, na contracorrente dessa perspectiva teórica, como explicar, por exemplo, o fato de que em algumas culturas os ritos façam com que as pessoas convivam longamente com cadáveres em decomposição, ou o de que a cabeça putrefata do inimigo possa exalar um odor sentido como particularmente agradável por certos povos indonésios?

Hertz pretendeu, portanto, trazer à tona uma problematização muito mais refinada e sutil desse assunto. Apoiando-se em dados que levantou entre os dayak de Bornéu e fazendo recurso à literatura etnográfica especializada, observou primeiro que as emoções associadas à decomposição do corpo não eram as mesmas segundo as culturas. Em seguida, constatou também que esses sentimentos variavam inclusive no próprio âmbito de uma mesma sociedade. O perigo e o asco universalmente percebidos, que a teoria atribuía a uma reação natural instintiva contra as mudanças que o corpo sofre, deveriam ser relativizados e repensados em função das significações particulares que são atribuídas por cada grupo humano a tais transformações.

Hertz argumentou ainda que – uma vez que os sentimentos variam de acordo com o gênero de morte e de morto – não se poderia falar em reação instintiva: aqueles que morrem de modo violento ou acidental, os afogados, os suicidas, os fulminados por raios, as mulheres virgens, as que falecem no parto... suscitam sentimentos específicos, oferecem perigos mágicos especiais e requerem cuidados rituais particulares. De maneira análoga, reforçando sua posição contrária à teoria da origem instintiva dos sentimentos, Hertz ressaltou que também não se repetem os sentimentos de repulsa aos resíduos fúnebres quando variam as posições sociais dos cadáveres. Em muitas sociedades, por exemplo, as mortes de fetos, de recém-nascidos, de estrangeiros, de escravos, de indigentes... porque incidem sobre seres pouco socializados, pouco valorizados ou significativos, quase não provocam qualquer emoção. Em contraste, a decomposição do corpo do rei suscita verdadeiras convulsões coletivas, produzindo pânico e comoção desproporcionais, como nas ilhas Fidji e Sandwich. Por conseguinte, os perigos que a morte e a decomposição contêm não caracterizam todos os corpos de modo igual.

Nesse mesmo espírito, Hertz vai um pouco mais longe, registrando que estas emoções – que não são instintivas – rigorosamente também não são individuais. Lembra, por exemplo, que entre alguns grupos dayak, os líquidos provenientes da decomposição devem ser recolhidos cuidadosamente em um recipiente, com a finalidade de serem misturados com arroz e

comidos durante o período fúnebre pelos parentes próximos do falecido (Hertz, 1970:8, 38). Os dayak alegam que o afeto que sentem pelo morto e a tristeza de que são vítimas por o haverem perdido não permitiriam fazer diferente. Mas Hertz observa que essa alegação não basta para dar conta do rito, uma vez que as punições em caso de omissão são tão severas que, na prática, o costume resulta estritamente obrigatório. Portanto, conclui Hertz, a aversão, ou a ausência dela, é função dos valores a que o cadáver está associado, não o resultado de sentimentos individuais. Em suas palavras, "não se trata, pois, simplesmente da expressão espontânea de um sentimento individual, mas de uma participação forçada de alguns sobreviventes à condição presente do morto" (Hertz, 1970:34).

Para Hertz, toda sociedade comunica o seu próprio caráter de perenidade aos indivíduos

> porque ela se sente e se quer imortal, não pode normalmente acreditar que seus membros, sobretudo aqueles em que se encarna e com quem se identifica, estejam destinados a morrer... Assim, quando um homem morre, a sociedade não perde apenas uma unidade; ela é ferida no princípio próprio de sua vida, na sua fé em si mesma. (Hertz, 1970:71)

Hertz entende, de acordo com esse raciocínio, que todo atentado ao corpo é uma ameaça contra a vida da sociedade. Desse modo, a explicação que fornece para o horror ao corpo em decomposição é em grande parte uma explicação simbólica. O corpo é um símbolo da sociedade, razão pela qual os seres humanos em geral não podem suportar sua decomposição. A derrocada do símbolo evocaria a da coisa simbolizada.

Com isso, Hertz lançou duas idéias fundamentais, que acabaram por orientar uma boa parte dos estudos posteriores da antropologia do corpo. Primeiro, a de que o corpo humano é por excelência uma expressão simbólica da própria sociedade, de cada sociedade. Depois, a de que qualquer sociedade se faz fazendo os corpos daqueles em que ela se materializa. Em sua perspectiva, a primeira e mais fundamental tarefa da educação em qualquer sociedade seria forjar, sobre os organismos mais ou menos amorfos dos recém-nascidos, os corpos de que uma sociedade necessita para viver: reproduzir a sociedade, reproduzindo os corpos dos homens e das mulheres que a concretizam – corpos de guerreiros, ou de pescadores, ou de operárias...

A questão da espontaneidade dos sentimentos individuais, tão presente nas preocupações de Hertz, também foi considerada por Marcel Mauss (1981). Em 1921, em comunicação dirigida à Sociedade de Psicologia, publicada com o título sugestivo de *A Expressão Obrigatória dos Sentimentos*, Mauss se propunha a mostrar, com base no estudo dos rituais funerários orais australianos, que não apenas os choros, mas todos os tipos de expressões orais dos sentimentos não são fenômenos exclusivamente psicológicos ou fisiológicos. São fatos sociais, que "carecem no mais alto grau de todo caráter de expressão individual de um sentimento sentido de maneira puramente individual" (Mauss, 1981:327). São fenômenos "marcados eminentemente pelo signo da não-espontaneidade" (Mauss, 1981:325).

Os dados são tão inúmeros, que chegam a configurar o que Mauss chamou de "clichê etnográfico". São narrações sobre como a rotina diária das ocupações triviais é burocraticamente interrompida, para dar lugar a uivos, gritos, cantos e invectivas, destinados a apaziguar a alma de um morto ou a afastar um inimigo cósmico; mas tais narrativas também mostram como esse frenesi é subitamente quebrado, para que seja retomado o cotidiano tribal. São relatos dando conta de como essas manifestações exaltadas são realizadas não por indivíduos isoladamente, mas em grupo, em uníssono, em compasso ritmado, em horas e tempos precisos, previstos e designados. Os testemunhos etnográficos atestam que essas manifestações algumas vezes se dão em clima competitivo em torno de quem atingirá o clímax mais extremo e exagerado na expressão da dor e da tristeza.

Assim, os indivíduos não uivam e não berram apenas para exprimir cólera, ou medo, ou pesar, "mas porque são encarregados, obrigados a fazê-lo" (Mauss, 1981:328). Ao contrário do que se poderia esperar, as emoções não são expressas pelos parentes do morto que Mauss chama de "parentes de fato", próximos, como pai e filho, mas pelos parentes "de direito". Desse modo, se a descendência for uterina, o pai ou o filho podem não participar enfaticamente do luto um do outro. Ademais, essas emoções não são comuns a todos os parentes: na Austrália, na maioria das vezes apenas as mulheres choram nos ritos fúnebres – mas nem todas elas têm razões autênticas para o fazer. A documentação também nos fala das flagelações que as mulheres se infligem, ou que lhes são aplicadas, com a finalidade de alimentar os gritos e os choros. A conclusão a se retirar desses dados, portanto, seria simples: emoções tão naturais, tão individuais, tão privadas e tão profundas não seriam nem tão naturais, nem tão individuais, nem tão privadas, nem tão profundas.

Contudo, no contrafluxo dessa conclusão, o que dizer da dinâmica emocional das carpideiras, tão comuns em tantas e tantas sociedades? À primeira vista, essas mulheres – que, como se sabe, em geral são como atrizes remuneradas para com seu choro alimentar de tristeza o contexto fúnebre – confirmariam a inautenticidade das emoções. Mas, como Durkheim já havia observado, muitas vezes as carpideiras acabam se contaminando pela superexcitação, pela efervescência e pela tristeza artificialmente aumentadas do ambiente. E passam a verter lágrimas efetivamente tristes, sentindo as emoções que foram pagas para fingir – lágrimas que expressam e que suscitam tristezas 'verdadeiras'. Recordando e parodiando as palavras do grande poeta, nesse caso não terminam todos, carpideiras e seus públicos, fingindo tão completamente que fingem ser dor a dor que deveras sentem?

Portanto, não é nada simples a questão relativa à veracidade dos sentimentos individuais – questão que parece apresentar fisionomias diversas quando considerada pelo prisma do antropólogo ou pelo ângulo de seu informante nativo. Mas não seria possível integrar ambas as perspectivas? Mauss (1981:330) apresenta este problema ponderando sabiamente que o convencionalismo e a regularidade "não excluem de modo nenhum a sinceridade" e que "este caráter coletivo em nada prejudica a intensidade dos sentimentos, *muito pelo contrário*" (Mauss, 1981:331-322, grifo meu). Argumenta que as manifestações emotivas padronizadas são expressões compreendidas, isto é, são mensagens que constituem uma linguagem.

> Estes gritos são como frases e palavras. É preciso dizê-las, mas se é preciso dizê-las é porque todo o grupo as compreende. A pessoa faz mais do que expressar seus sentimentos. Ela os manifesta para outrem... Ela os manifesta para si mesma, exprimindo-os para os outros e por conta dos outros. Trata-se essencialmente de uma simbólica. (Mauss, 1981:332)

Neste ponto Mauss assina um capítulo crucial para a antropologia do corpo: a sua concepção de 'homem total'. Esses uivos, os gritos, as lágrimas, os risos são simultaneamente manifestações orgânicas, extroversões de sentimentos, além de exteriorizações de idéias e de símbolos coletivos. Não estão em relação de causa e efeito, sua lógica é a do simbolismo. Com esse conceito, Mauss corrige uma ênfase anterior, talvez necessária até aquele momento, mas certamente excessiva, da Escola Sociológica Francesa nas separações e nas oposições indivíduo/sociedade e orgânico/social. Ao mesmo tempo, entreabre portas e janelas para a possível e desejável convivência com a antropologia biológica. E mostra que o caminho mais frutífero está na interpenetração dos três aspectos: "Sociologia, psicologia, fisiologia, tudo aqui deve misturar-se" (Mauss, 1981:334).

A demonstração da fertilidade desse itinerário que procura no homem a ligação direta entre o físico, o psicológico e o social, o próprio Mauss tratou de realizar em 1926, com a publicação de uma investigação que trazia o título bastante revelador de *Efeito Físico no Indivíduo da Idéia de Morte Sugerida pela Coletividade*. Nesse trabalho, Mauss (1974) tematiza o fato estranho, que a comunidade científica muitas vezes considerou inadmissível, conhecido como 'morte vudu' – um tipo de falecimento envolvendo pessoas que, em virtude de haverem quebrado um tabu, foram condenadas à morte por um feiticeiro, ou que morreram pura e simplesmente pelo fato de acreditarem que iriam morrer.

Sem lesão aparente ou conhecida, sem que qualquer outra causa possa ser apontada para o óbito e sem que qualquer medicamento ou esforço médico possa impedi-lo, essas pessoas efetivamente vêm a falecer ao cabo de alguns dias ou de poucas semanas. Entretanto, quando se trata de condenação, o destino fatal algumas vezes pode ser modificado pela interferência do próprio destino ou de um feiticeiro mais poderoso. O fenômeno é bem conhecido na literatura etnográfica e tem sido reportado por antropólogos, médicos e missionários, entre outros que viveram com populações nativas nas mais diversas regiões do planeta. Também tem sido estudado por cientistas naturais – entre os quais Walter Cannon (1974), um dos mais distintos fisiologistas norte-americanos.

Os casos citados por Mauss a partir da etnografia da Austrália e da Nova Zelândia e, de modo aparentemente independente (apesar de sua correspondência com Lévi-Bruhl), por Cannon, em 1942, com base em informações provenientes de áreas geográficas ainda mais amplas, são como que variações em torno do mesmo tema. Trata-se sempre de pessoas que padecem de um intenso e persistente temor à morte, de proveniência puramente moral ou religiosa. Normalmente são condenados que acreditam que este será o inelutável destino, após haverem inobservado um tabu que acarrete tal punição. A mente desses indivíduos é inteiramente subjugada por idéias de origem coletiva que lhes incutem sentimentos de culpa. As dores de consciência provocam-lhes estado de melancolia, depressão, apatia, prostração, falta de vontade de viver...

A comunidade reduplica a certeza da morte. Ela também crê nos poderes do feiticeiro. Igualmente acredita que tais pessoas são culpadas e delas se afasta. Cônjuges, parentes e amigos mudam de atitude e de comportamento. Agora os infratores são vistos como pertencentes a uma nova categoria de seres: são classificados no reino do que é sagrado e tabu, deixando de ser enquadrados junto com as pessoas normais que constituem a comunidade terrena. Assim, a organização da vida social desses condenados entra em colapso: os pecadores doravante estão sós, não mais fazem parte do grupo. Coerentemente, não é raro que ritos fúnebres sejam até mesmo praticados para uma pessoa ainda viva. Isso porque é mister que o destino seja cumprido, que as coisas voltem para os seus devidos lugares, que o quase-cadáver seja logo expulso. Por sua vez, os sacrílegos não fazem qualquer esforço para voltarem a ser parte do grupo ou para viver. Cooperam para sua própria exclusão. Morrem de "ruptura de comunhão", segundo a significativa expressão de Marcel Mauss (Mauss, 1981:190).

Trata-se, pois, de barreiras puramente imaginárias, cuja transgressão produz a morte efetiva. De fato, não há qualquer outro distúrbio, além do mal-estar produzido pela consciência. O condenado morre sem febre, sem dor, sem sintomas ou sinais de doença prévia e, muitas vezes, sem que exames *post mortem* possam revelar algo que tenha sido a causa do desenlace. Mas, após o ato de sacrilégio, ele vive sob extremo terror, em constante estado de fadiga e de insônia. Sem apetite, recusa comida e bebida. Ele se consome. A resistência se esvanece. O sistema nervoso se descontrola. Respiração e pulsação se aceleram. Distúrbios de pressão arterial aparecem. Em síntese, em uma só morte, quatro mortes acontecem: cultural, pela crença; social, pelo abandono da comunidade; psicológica, pela melancolia e perda da vontade de viver; biológica, enfim, pela desintegração do ser.

Restringindo-se por razões de método apenas aos casos de morte produzidos por sugestão da coletividade, Mauss dedicou atenção comparativamente menor a uma questão da mesma natureza, porém muito mais geral, freqüente e próxima da experiência cotidiana de cada um: se a feitiçaria pode matar, por que razão não poderia curar? Como compreender os relatos sem conta, sobre pessoas de quem se diz que teriam sido curadas pela fé, por rezas, benzeduras, passes ou exorcismos? Aqui estamos diante de um filão de fatos centrais para a antropologia do corpo, que Lévi-Strauss (1967) viria mais tarde a desenvolver em dois artigos magistrais, 'O feiticeiro e sua magia' e 'A eficácia simbólica', ambos publicados em 1949.

Incursionando muito mais profundamente pelos caminhos que Mauss havia desbravado, nesses trabalhos as oposições místico/racional, orgânico/psíquico, normal/patológico, afetivo/intelectual e indivíduo/sociedade são radicalmente relativizadas. E, em lugar das contradições que a Escola Sociológica Francesa sempre considerou difíceis de conciliar, entre os pólos dessas oposições emergem agora mediações e complementaridades. Essa foi uma façanha teórica da qual a antropologia do corpo é visceralmente devedora e cuja importância, mesmo meio século após a publicação dos trabalhos mencionados, não é possível aquilatar com inteira justiça.

Normalmente as doenças são superadas pela ação do próprio organismo. Mas, além disso, pela via da análise acurada de alguns casos específicos de tratamentos xamanísticos, Lévi-Strauss considera que feiticeiros, xamãs, médicos, psicanalistas e terapeutas de todo gênero geralmente não estão completamente desprovidos de conhecimentos objetivos e de técnicas experimentais. Sustenta também que todos os curadores proferem mitos e praticam rituais, quer estes se alimentem dos poderes de divindades, espíritos ou forças cósmicas, quer se nutram da mística do poder da ciência, da tecnologia ou da racionalidade. Dessas crenças participam não apenas os doentes, mas também as comunidades de que doentes e terapeutas fazem parte. A densidade significacional da doença e a eficácia simbólica do tratamento se insinuam, por conseguinte, no interior de todo processo de cura: no xamanismo como na medicina científica, misticismo e racionalidade se combinam para constituir, juntos, elementos ao mesmo tempo imanentes e transcendentes dos procedimentos de superação da doença.

Foi bem antes desses trabalhos, em 1936, com a publicação de 'As técnicas corporais' (Mauss, 1974), que se pôde finalmente dizer que a Escola tomou o corpo como objeto específico e direto de estudo cultural. Nesse texto, uma comunicação que havia feito à Sociedade de Psicologia em 1934, Mauss de certo modo formalizou a fundação da antropologia do corpo, ao expressar seu inconformismo com o fato de que os fenômenos associados à corporeidade humana persistissem sendo relegados à rubrica "diversos". Afirmou que não mais seria aceitável que tais fatos continuassem sendo desprezados e que as ocorrências deles persistissem não sendo agrupadas de modo sistemático. Para Mauss, não mais seria admissível que os fenômenos corporais continuassem sendo vistos como formadores de um domínio mal partilhado, como um terreno cientificamente baldio, em que reinasse a ignorância. Recusou com veemência essa situação de abandono dos fatos sociais do corpo, que lhe parecia uma verdadeira "abominação" (Mauss, 1974:212).

Apoiando-se sobretudo em experiências e observações pessoais, Mauss se dispõe a expor uma parte de seu ensino, que "não é encontrada em outros lugares", e a formular uma "teoria 'da' técnica corporal a partir (...) de uma descrição pura e simples 'das' técnicas corporais" (Mauss, 1974:211). Com esse propósito, o artigo é essencialmente a pintura de uma ampla paisagem em que despontam costumes corporais contrastantes com aqueles que em geral observariam os seus ouvintes franceses. Uma estratégia de convencimento, talvez. De qualquer forma, a um antropólogo de hoje não deixa de causar admiração que em 1936 fatos desse gênero ainda constituíssem novidade até mesmo em ambiente científico, como o constituído pelos ouvintes de Mauss. Mas, até que ponto já seriam familiares, hoje, a leigos em antropologia e mesmo a cientistas em geral?

Mauss observa como variam as técnicas de nadar entre gerações de franceses e como essas são distintas da dos polinésios. Registra as dificuldades que os ingleses apresentam para cavar com as pás dos franceses, pois essas lhes exigiam um giro inabitual da mão. Detém-se nos diversos estilos de marcha militar de acordo com os vários exércitos europeus e aponta como são diversificadas as maneiras de cada um dar a meia-volta. Destaca

como o olhar fixo para alguém pode ser expressão de descortesia na vida corrente, mas é gesto cortês e obrigatório na vida militar. Aprecia os incontáveis modos de correr, de andar e de permanecer em pé, que não são absolutamente os mesmos segundo as culturas. Realça como é possível diferenciar uma criança inglesa de uma francesa pela simples posição dos cotovelos e das mãos enquanto comem. Também não é o mesmo o controle corporal a que meninos e meninas devem se habituar. Evoca as diferentes maneiras de dormir (com ou sem travesseiro, em camas, em bancos, em redes, em esteiras, em pé, a cavalo), os modos de descansar (em pé, sobre uma só perna, sentado, acocorado etc.), as técnicas de parto (em pé, deitada sobre as costas, acocorada, de quatro, na água, por exemplo). Os diversos jeitos de carregar as crianças, os desmames, as ginásticas, os modos de respirar, e assim por diante.

Seria possível ir muito além nesse inventário panorâmico que Mauss apenas esboçou. E lembrar que segundo as culturas não são as mesmas as gesticulações, as expressões faciais, as posturas corporais, as proibições de tocar esses ou aqueles pontos do corpo. Variam as distâncias corporais que devem ser guardadas entre as pessoas, variam também os ritmos e os movimentos das diversas partes de seus corpos. Divergem as utilizações práticas dos produtos e componentes do corpo, como a saliva para colar selos, para definir a direção do vento ou para verificar vazamento de ar, os dedos dos pés como auxiliares na tecelagem, as orelhas para segurar pequenos objetos etc. Poderíamos recordar igualmente que é necessário aprender coisas aparentemente tão simples como cuspir, gargarejar, engolir comprimidos, beber cafezinho sem queimar a boca...

Mas o inventário seria incrivelmente detalhado, além de rigorosamente interminável. Mauss propôs a noção de "técnicas corporais" para fugir ao enquadramento desses fatos na categoria "diversos" em que eles são, quando muito, apenas descritos mas nunca organizados. Por "técnica", entendia a "maneira pela qual os homens e as sociedades sabem servir-se de seus corpos" (Mauss, 1974:211). A técnica, segundo Mauss, é um ato tradicional eficaz, "que não difere do ato mágico, religioso ou simbólico" (Mauss, 1974:217). Haveria técnicas particulares de andar, nadar, correr, dançar, comer, descansar, dormir, parir, copular...

Assim o corpo entraria no domínio da história, da sociologia e da antropologia: "Não há técnica e tampouco transmissão se não há tradição. É nisso que o homem se distingue sobretudo dos animais: pela transmissão de suas técnicas e muito provavelmente por sua transmissão oral" (Mauss, 1974:217). Como toda técnica, os usos do corpo são aprendidos: "Em todos esses elementos da arte de utilizar o corpo humano, os fatos de *educação* dominam" (Mauss, 1974:215). Por conseguinte, para Mauss os fenômenos corporais não mais serão exclusivos da biologia ou da psicologia: uma visão clara deles exigirá uma tripla, em vez de única, consideração, seja ela fisiológica, psicológica ou sociológica: "É o tríplice ponto de vista, o do 'homem total', que é necessário" (Mauss, 1974:215).

Hoje

Hoje em dia existe uma já considerável bibliografia antropológica, histórica e sociológica incidindo diretamente sobre o corpo como fenômeno cultural. Isso talvez explique a admiração a que me referi anteriormente, que penso experimentar um antropólogo de nosso tempo sobre ter constituído novidade para os ouvintes de Mauss, nos anos 30, a dimensão cultural da corporeidade. Com efeito, alguns conhecimentos, objeto de discussão acirrada entre especialistas de variadas disciplinas, e que empenharam as melhores energias da Escola Sociológica Francesa, parecem em nossos dias bastante esclarecidos e assentados. Pela mesma razão, descontando o desconhecimento empírico de aspectos específicos das dimensões culturais do corpo – que ainda é amplo e que em muitos pontos constitui desafio a superar –, talvez se possa afirmar que as polêmicas remanescentes se devem na atualidade menos a questões de ordem teórica que a razões de natureza corporativa entre as especialidades científicas envolvidas.

Alguns desses conhecimentos relativos à antropologia do corpo foram estabelecidos de modo tão cristalino, que podem inclusive ser enunciados de maneira inequívoca e categórica. Em primeiro lugar, como a Escola Sociológica Francesa nos ensinou, o corpo humano é muito menos biológico do que se pensava. Em segundo lugar, também pudemos aprender que o corpo humano é muito menos individual do que costuma postular o pensamento influenciado pela visão de mundo de nossa cultura individualista. Sabemos hoje claramente que o procedimento tradicional de retirar um corpo de seu ambiente de coexistência, interná-lo em um laboratório, submetê-lo a dissecações e vivissecções, pensando que com isso se possa surpreender, no íntimo dessa interioridade, aquilo que faz desse corpo algo vívido – como se a vida fosse propriedade privada do organismo individual – dista muito de ser satisfatório para o entendimento de animais, de plantas e até de microrganismos. Com muitíssimo menor razão podemos continuar a admiti-lo como procedimento que pretenda conhecer o corpo humano.

Sabemos hoje, com toda tranqüilidade, em terceiro lugar, que o corpo humano é socialmente construído. Assim, poderíamos meditar, por exemplo, sobre o significado antropológico do fato de que alguns meninos selvagens, que haviam sobrevivido convivendo com animais até terem sido reencontrados, além de beberem água por lambidas e de farejarem os alimentos não apresentavam postura ereta e se locomoviam sobre os quatro membros, talvez imitando seus companheiros (Malson, 1964). Quer dizer: algo tão fundamental e característico, algo tão 'natural' ao homem, algo tão presente nos manuais de antropologia física, como a posição ereta e o andar bípede, não resulta apenas de uma natureza humana biologicamente dada, mas também de uma construção social. É obra da presença de outrem e de seu estímulo.

Quarto ponto: sendo em grande medida uma construção social, o corpo humano apresenta as características dos fenômenos culturais. Principalmente, ele é relativo: varia entre as sociedades e, dentro de cada uma delas, segundo os grupos, segundo os indivíduos, segundo os contextos e de acordo com os vários momentos das biografias. Também é histórico: não é o mesmo segundo os diferentes tempos de indivíduos, grupos e sociedades. Quinto ponto: como

queria a Escola, as sociedades constroem os corpos. Mas, como sabemos principalmente depois da publicação de *Vigiar e Punir*, de Michel Foucault (1975), no início dos anos 70, a recíproca é verdadeira – pois uma sociedade se faz fazendo os corpos em que existe. Mais radicalmente, talvez fosse mesmo possível afirmar que os corpos de seus membros constituem a única materialidade efetiva de qualquer sociedade. Ela só existiria nos corpos em que adquire vida: em músculos, fibras, tendões, nervos, neurônios, sensibilidades, resistências, habilidades, desejos, temores...

Também é possível registrar em nossos dias um considerável progresso das dimensões que poderíamos considerar 'aplicadas' da antropologia do corpo – dimensões que alguns preferem designar como antropologia 'médica', ou 'da saúde', entre outras designações disciplinares quase sempre problemáticas. Há muito tempo os antropólogos sabem que as medicinas variam de sociedade para sociedade. Assim, por exemplo, está bastante assentado que as culturas chinesa e indiana, o Ocidente contemporâneo e o medieval, bem como as sociedades tribais espalhadas pelos continentes, dispõem de suas próprias medicinas e de suas respectivas concepções e técnicas terapêuticas. Também está bastante estabelecido que as diferentes medicinas apresentam interpretações próprias do corpo e das doenças, colocando em ação técnicas e terapêuticas muito específicas, casos em que se encaixam a homeopatia, a alopatia, a osteopatia, a quiroprática, a acupuntura...

Igualmente se reconhece que essas medicinas e terapêuticas em geral apresentam razoável eficácia. Sem isso dificilmente elas conseguiriam se manter por longo tempo. A observação das doenças e dos tratamentos, que os diferentes povos com freqüência vêm realizando durante séculos ou milênios, bem como os intercâmbios de experiências que as culturas continuamente mantêm, propiciam que as sabedorias médicas quase nunca estejam completamente desprovidas de conhecimentos objetivos. Contudo, é muito importante observar – e isto também está razoavelmente aceito hoje em dia – que nenhum saber médico é constituído apenas por conhecimentos autônomos e objetivos.

Entenda-se bem esse último ponto. Além de expressarem as concepções, experiências e observações específicas relacionadas à saúde, às doenças e aos tratamentos vigorantes em uma sociedade determinada, as medicinas também traduzem inevitavelmente, em cada cultura particular, os princípios e crenças morais, políticos e cosmológicos que presidem os demais domínios da experiência nessa sociedade. Em outras palavras, em vez de saber autônomo, objetivo e neutro, em vez de pura prática, toda terapêutica é também dispositivo de transformação de doenças em narrativas nas quais elas, as doenças, adquirem sentido. Por conseguinte, toda medicina ao mesmo tempo absorve e irradia religião, moral, política, parentesco, economia, sistema jurídico... E esses fatores 'exteriores' se tornam dramaticamente evidentes, sobretudo nas situações de carência de recursos, em que seja imprescindível definir prioridades.

É preciso lembrar, porém, que essa característica em nada diminui a eficácia das várias medicinas. Como vimos, a eficiência de qualquer terapêutica depende em grande parte exatamente de suas dimensões simbólicas. Pensemos, a propósito, na capacidade curativa dos place-

bos, isto é, no poder dessas substâncias em si mesmas desprovidas de qualquer capacidade de ação terapêutica. Apesar disso, os estudos têm revelado uma efetividade paradoxal e muito mais do que surpreendente desses 'remédios' (Le Breton, 1995). Esse sucesso apenas coloca em evidência a importância das dimensões mítica e ritual do terapeuta que os recomenda, assim como as da autoridade que o legitima. Os placebos também evidenciam a relevância de conhecer as expectativas de comportamento que os clientes nutrem em relação àqueles a quem se confiam. Por conseguinte, em vez de acusativa e preconceituosamente atribuir esses poderes à ignorância dos doentes, não seria muito mais sábio incluir a ação dos placebos na eficácia mágica da própria medicina? E não seria muito mais inteligente retirar disso os frutos que forem ética e tecnicamente possíveis?

Não obstante os progressos da antropologia do corpo, tem sido comum entre leigos e até mesmo entre especialistas de áreas da saúde a pressuposição de que as doenças, porque 'biológicas' ou 'naturais', sejam aproximadamente as mesmas através das diferentes culturas. A conseqüência dessa presunção é a crença de que as diferentes medicinas se limitariam a diagnosticar e a tratar – apenas com graus diferenciados de sucesso – doenças que são mais ou menos universais e coincidentes segundo as diferentes populações. Ora, aqui é preciso lembrar que uma das contribuições importantes da difusão do estudo das dimensões culturais do corpo humano foi o crescimento da consciência de que não apenas as medicinas e as formas de tratamento sejam relativas, mas a certeza de que também as doenças e seus diagnósticos são passíveis de variação segundo os tempos e as sociedades.

Com efeito, pelo menos estatisticamente podemos hoje estar razoavelmente seguros de que existem enfermidades bastante características de certas épocas e de grupamentos humanos definidos. Penso, por exemplo, nas mortes mais ou menos rápidas de recém-viúvos e de recém-aposentados no Ocidente contemporâneo. Penso também em certas doenças recorrentes em alguns profissionais, como as afecções de ouvido e a obesidade entre motoristas de caminhão no Brasil. Da mesma maneira, sabe-se que a incidência de determinadas doenças está freqüentemente associada a costumes, a valores, a saberes, a modos de vida, bem como a desconhecimentos específicos por parte de culturas particulares.

Na mesma linha, a freqüência de algumas doenças está ligada às identidades sociais: como as marcas da sífilis e da blenorragia em relação à masculinidade no Brasil tradicional, é preciso muitas vezes exibir determinados traços 'patológicos' como signos que permitam a uma pessoa ser socialmente identificada como 'grávida', 'velha', 'adolescente' etc. Outras tantas, para ser socialmente aceito será preciso esconder as marcas de determinadas doenças. Além disso, a incidência específica de tais doenças também costuma estar associada às atitudes existenciais e aos posicionamentos filosóficos de cada sociedade a respeito de o que sejam a natureza, a vida, a morte, a saúde e o bem-estar.

Alguns exemplos tornarão este ponto mais claro. O câncer de pulmão é uma doença muito rara entre os aborígines australianos; mas os que vivem nas cidades são acometidos por

taxas muito semelhantes às verificáveis no geral das populações urbanas daquele país. Talvez associando-se ao costume de ingerir alimentos defumados, o câncer de estômago é extremamente freqüente no Japão, e o de esôfago bastante peculiar ao Rio Grande do Sul. De modo análogo, provavelmente relacionado com a presença ou deficiência de fibras, de conservantes e de colorantes artificiais na alimentação, o câncer do cólon, relativamente pouco existente na África (até recentemente pelo menos), tornou-se bastante comum nos Estados Unidos. Antes dos Descobrimentos, a cárie, tipicamente européia, associada a determinados costumes, entre eles, como se sabe, o de ingerir elevadas quantidades de açúcar, não era conhecida na América, nem pelos aborígines australianos.

Que dizer, então, da hipertensão, da obesidade, do estresse, da dependência de drogas químicas sintéticas? Todas derivam diretamente de determinados estilos de vida culturalmente viabilizados. E o que falar da anorexia, tipicamente contemporânea, feminina, urbana e adolescente, fortemente relacionada a certos ideais de estética corporal (que, aliás, já não se limitam mais às mulheres jovens)? E das prisões de ventre crônicas, que podem ter a ver com a escolha dos alimentos, com o uso de conservantes na alimentação, com os tabus em relação à excreção e com o ritmo vertiginoso da vida nas sociedades modernas? As epidemias também estão relacionadas a determinados tipos de organização social: pelo menos do ponto de vista estatístico, são favorecidas por grandes aglomerados populacionais e por contatos sociais densos entre pessoas e populações. Essa é a razão pela qual sociedades de caçadores e coletores nômades, que vivam dispersos, apresentam probabilidade menor de as contrair e de as transmitir ao conjunto de sua população.

A Aids, por exemplo, é tipicamente uma doença de transmissão facilitada pela cultura da globalização. Contudo, do ponto de vista estatístico, ela está ou esteve também associada a certas práticas e costumes muito bem definidos e bastante localizados em segmentos populacionais específicos, tais como o uso de drogas injetáveis, acompanhado de compartilhamento de seringas e de agulhas, a transfusão de sangue e a liberalização das relações sexuais. Seria, aliás, um bom exercício verificar a incidência estatística da Aids em universos sociais culturalmente diferenciados, como, por exemplo, entre as Testemunhas de Jeová, que sabidamente não admitem transfusão de sangue e que costumam ser conservadores no que diz respeito ao consumo de drogas e ao comportamento sexual.

O conhecimento da dimensão cultural da corporeidade humana também tem permitido colocar em pauta alguns valores freqüentemente tidos como inquestionáveis. A higiene, por exemplo, sempre costuma ser apresentada apenas pelos seus lados positivos. Em geral, tende a ser tratada como um valor quase transcendental, desconsiderando-se inclusive o gigantesco aparato de repressão política e psicológica que requereu para se impor historicamente (Vigarello, 1985; Rodrigues, 1995, 2000). Acontece que nem mesmo do ponto de vista estritamente sanitário a higiene pode ser compreendida como um absoluto, dispensando contextualização social.

Uma pequena ilustração desse último ponto: na década de 1950, uma epidemia de poliomielite em Detroit, nos Estados Unidos, atingiu com maior freqüência crianças das classes altas, que tinham sido criadas sob rígidos padrões higiênicos; por seu turno, as crianças dos guetos e as negras permaneceram comparativamente inatingidas, por estarem 'naturalmente' mais protegidas que as primeiras. É claro que isso se deu antes da descoberta da vacina contra a poliomielite, pois após este evento a coisa se inverteu: os brancos de classe alta foram vacinados, de modo que os negros e os pobres passaram a liderar as estatísticas (Leach, 1967). Outro breve exemplo: o preservativo masculino é quase unanimemente considerado instrumento higiênico e de elevada eficácia para prevenir doenças sexualmente transmitidas, entre elas a infecção por HIV – mas como convencer imensos contingentes populacionais africanos a tratar o esperma, um líquido tão rico em potências e significados para a maioria das culturas africanas, como se fosse um mero dejeto descartável e, à maneira ocidental, tranqüilamente destinável ao lixo ou à descarga do vaso sanitário?

No mesmo espírito, seria bem possível fazer um diagnóstico parcial da qualidade de vida (e, portanto, também da saúde) de segmentos de uma sociedade a partir desses verdadeiros sintomas sociológicos que são os medicamentos que se consomem. Quem usa analgésicos? Quais são os que adquirem remédios para o fígado? Quem ingere fortificantes, calmantes, estimulantes, digestivos, emagrecedores, antidepressivos? Até que ponto esses medicamentos desempenham um papel político ao tornarem viável um gênero de vida que de outro modo seria insuportável? Os calmantes não nos permitem ficar calmos sem saber que estamos nervosos? Os que tomam analgésico sistematicamente não fariam melhor se mudassem de vida, em vez de continuar sofrendo sem saber que estão sofrendo? Enfim, soluções individuais para problemas em geral coletivos: em que medida os digestivos tornam digeríveis alimentos indeglutíveis, os analgésicos transformam em indiferentes rotinas de vida na verdade dolorosas, os calmantes fazem razoáveis ritmos e situações de arrepiar os cabelos? Esses poucos exemplos, entre muitíssimos possíveis, são suficientes para colocar questões muito sérias e muito 'aplicadas' sobre o que são ou o que devem ser saúde, tratamento e cura.

Correndo o risco de um certo exagero, poderíamos ir um pouco adiante no raciocínio e levantar a hipótese de que os fatores culturais não apenas 'influenciam' doenças, como uma espécie de 'variável ambiental'. Em muitos casos, principalmente associados às guerras, às violências e às injustiças sociais, pode-se mesmo falar de uma óbvia, verdadeira e proposital produção coletiva delas. Mas há casos menos perceptíveis a olho nu. É certamente o de certas moléstias degenerativas, que são possibilitadas por uma cultura que descobriu meios de prolongar a vida individual média muito além do que a história já havia conhecido. Talvez seja igualmente a situação de doenças favorecidas por estereótipos e por idéias preconcebidas a respeito dos idosos e da velhice. Pode ser também o caso de certas modalidades de impotência sexual masculina, associadas a ansiedades geradas pelo medo do fracasso diante de quase olímpicas expectativas culturais de desempenho sexual.

De modo semelhante poderiam ser assim consideradas as 'dificuldades' relativas à adolescência. Esta é uma categoria de fase de vida desconhecida em tantas e tantas culturas e mesmo no Ocidente até os finais do século XIX (Ariès, 1981). Como se sabe pelo menos desde os trabalhos de Ruth Benedict e Margaret Mead, em muitas sociedades, por meio de ritos bem específicos e localizados, os jovens são diretamente promovidos à vida adulta, com os direitos e os deveres bastante definidos que se esperam dessa condição. Se existe, a famosa 'explosão hormonal', com que atualmente se procura entre nós biologizar e naturalizar a adolescência, encontra nessas sociedades canalizações culturais bastante diferenciadas das que escolhemos em nossa sociedade. A propósito, até meados do século XX, passar direto para a vida adulta não era o destino socialmente aceito e um ideal almejado por muitas mulheres brasileiras nas cidades e nos campos (Freyre, 1977, 1985), que se transformavam em esposas e mães muitas vezes antes de completarem os 15 anos?

Talvez esse seja também o caso de certas enfermidades pouco conhecidas ou escassamente mencionadas na literatura sobre doenças em outras épocas e culturas. Por exemplo, o enjôo matinal na gravidez é desconhecido das mulheres arapesh, como Margaret Mead (1969) observou. Especulo sobre se não seria assim com a tensão pré-menstrual (TPM), pouco mencionada na literatura médica ocidental até apenas poucas décadas atrás, provavelmente por ter sido menos freqüente. Como se sabe, as mulheres passavam longos períodos de suas vidas gestando e amamentando. Certamente isso se devia em parte à impossibilidade de evitar gravidez com o uso de contraceptivos eficazes. Mas principalmente resultava de estímulos culturais muito potentes para que as proles fossem numerosas (freqüentemente superiores à dezena). Havia talvez pouca oportunidade para grande incidência de TPM: as mulheres, quase sempre grávidas ou amamentando, talvez menstruassem menos. Na mesma direção, e dando asas à imaginação, caberia conjeturar sobre se a menopausa não faria parte desse mesmo quadro, em uma sociedade na qual a valorização da extensão da vida torna a existência individual cada vez mais longa. Com efeito, onde o culto da vida extensa não existe, ou onde não pode ser culturalmente viabilizado, há razoável probabilidade de que a vida da maioria das mulheres se esgote antes mesmo que tenham esgotado os seus óvulos.

Em que medida, para continuar nossos exemplos, a conhecida 'dor do parto' seria também função de fatores culturais? Em algumas culturas são os maridos que observam resguardo quando da gravidez ou do parto de suas esposas. Estará a dor associada a técnicas obstetrícias praticadas por determinada cultura (posição deitada, relativamente contrária à gravidade)? Ou à experiência específica da mulher (primeiro, ou sétimo filho)? Ao gênero predominante de vida, que tem a ver com a força muscular e a resistência física (burocrata, camponesa, atleta...)? A determinadas implicações mitológicas ("Parirás com dor!")? A certas dramatizações apresentadas como modelos pelos meios de comunicação de massa? Ou, ainda, ao sentido atribuído por uma cultura à dor em geral ou à dor de parto em particular – sentido que algumas vezes pode fazer toda a diferença entre sofrimento e prazer?

Embora este não seja ainda um ponto plenamente consagrado, estamos em vias de poder sustentar que para um conhecimento mais efetivo das doenças, dos sofrimentos e dos tratamen-

tos torna-se cada vez mais impositiva a consideração de hipóteses sobre suas possíveis dimensões simbólicas e comportamentais. Essa consideração é particularmente relevante quando estão em jogo enfermidades de elevada incidência estatística em determinada população. Penso, como exemplo – mas eles poderiam ser tantos! –, nos cânceres de próstata e de mamas em nossas sociedades atuais: além dos tabus que dificultam o diagnóstico precoce, que hábitos (sexuais, alimentares, de rotinas de vida, de consumo etc.) podem estar lhes fazendo companhia?

Enfim, os trabalhos nessa direção 'aplicada' devem prosseguir e devem continuar os esforços dos profissionais para operacionalizar os conhecimentos concernentes à relação entre cultura e saúde. Só teremos benefícios a receber se esses estudos se diversificarem por múltiplos caminhos empíricos, tematizando conexões sempre novas entre fatores culturais, doenças e tratamentos. Mas o pragmatismo deve ser matizado pelo fato de que a antropologia do corpo nos ensina que não há saúde em si, passível de definição normativa, e que talvez valha a pena levar sempre em consideração a hipótese de que a experiência da doença, como Nietzsche (1950) observou, possa ter o seu lado saudável e talvez mesmo indispensável do ponto de vista antropológico. Em síntese – e sobretudo –, a esta altura dos conhecimentos da antropologia do corpo, pode-se tranqüilamente afirmar que não basta estudar apenas o aspecto laboratorial das enfermidades e que não é satisfatório compreender delas somente aquilo que é possível perceber por meio do microscópio.

Amanhã?

Há ainda muito espaço para o alargamento horizontal e empírico dos estudos de antropologia do corpo. Mas encontramos hoje um desafio talvez maior, que é o de verticalizar a reflexão sobre o que seja o corpo humano. Trata-se de aproveitar todos os dados e todos os conhecimentos que vieram sendo acumulados ao longo da história dessa especialidade, para recolocar, agora, porém, em bases certamente muito mais sólidas e com novos instrumentos, algumas indagações literalmente fundamentais e constitutivas da reflexão neste campo. A essas perguntas, naturalmente, talvez venham corresponder respostas bastante distintas das que foram possíveis nos tempos primordiais e heróicos dos fundadores dos estudos antropológicos sobre o corpo.

Por exemplo, o que é uma vida humana? Que diferença existe entre a vida de um ser humano e a de uma planta ou de um animal? Nestes últimos, como no homem, existe algo como uma força, um *élan* que os impulsiona a viver. Neles há o que faz os galhos se estenderem, os corações baterem, os neurônios se conectarem, os olhos enxergarem, os pulmões inspirarem e expirarem... Aquilo, enfim, que leva animais e plantas a crescer e a encontrar seus destinos. E isso, de certa forma, independentemente de suas vontades; talvez, às vezes, mesmo contra suas vontades. Essa 'força' é o que constitui qualquer vida, botânica ou zoológica. E a humana, na medida em que o homem também é um animal.

Entretanto, somente essa dimensão de existência biológica é de todo insuficiente para explicar a vida humana, em seu sentido propriamente antropológico. A vida de um ho-

mem não é apenas impulsionada por uma força ou *élan* vital. Não é somente um impositivo biológico. Ela é a vida do único ser consciente de ser mortal, do único ente comprovadamente capaz de se matar, do único corpo habilitado a se extinguir pela própria vontade. A vida humana é a de um existente que sempre tem as suas razões muito especificamente humanas para viver ou para deixar de viver. E o que a antropologia ensina é que essas razões residem exatamente naquilo que o raciocínio puramente biológico consideraria acessório, superficial ou mesmo frívolo: na dança, na música, na fala, nos mitos, nos rituais, nos sistemas de parentesco... Razões encontráveis, em suma, em tudo aquilo que só existe entre os seres humanos. Por conseguinte, compreender a vida humana em sentido vertical significa incorporar na reflexão esses elementos 'fúteis', mas especificamente humanos. Significa entender que a vida humana tem suas razões (amor, ódio, honra, vergonha, orgulho etc.) que a biologia desconhece.

No meu entender, a antropologia gira em torno de uma questão ao mesmo tempo central e geral. E essa questão é o desafio de compreender como os seres humanos são simultaneamente animais e algo diferente de animais. Essa indagação geral se materializa, no caso específico da antropologia do corpo, em saber como os homens têm uma vida e um corpo animais, porém diferentes de vidas e de corpos de animais. Um corpo animal, que pulsa, que transpira, que se reproduz, que se alimenta, que elimina... mas que no mesmo ato não transpira como um animal, não se reproduz da mesma forma, não se alimenta de modo igual, não elimina de maneira semelhante. Um corpo animal – todavia, sempre adornado, vestido, treinado, medicalizado. Um corpo objeto de intervenções rituais que culturalizam o biológico, ao mesmo tempo que biologizam e muitas vezes visceralizam o cultural.

Algumas Breves Ilustrações

O humano é um corpo que se alimenta, como o de todo animal. Mas, de alimentação onívora, os homens são capazes de devorar tudo o que seja quimicamente definível como alimento, não estando biologicamente obrigados a consumir esta ou aquela comida. Essa é a razão pela qual os esquimós são quase exclusivamente carnívoros; os hindus, vegetarianos e os aborígines australianos escolhem abastecer-se de proteínas ingerindo insetos. Por isso também, sendo capazes de colocar para dentro de si até mesmo o que poderia ser definido como o exato contrário de alimento (fumaças, tóxicos e venenos, por exemplo), algumas vezes os seres humanos 'alimentam-se' daquilo que de modo algum poderia caber na definição química de alimento. Nem mesmo um mamífero se pode garantir que os homens estejam biologicamente determinados a ser, pois há culturas em que o leite humano é rigorosamente negado aos bebês. Enquanto isso, em outras, como a nossa (na qual seria melhor dizer que os bebês sejam 'mamadeiríferos'), realizam-se campanhas de esclarecimento público com a finalidade de que as mães amamentem seus filhos. Aprendemos, assim, com a alimentação, que os humanos são dotados de corpos destinados a variar de cultura para cultura, de corpos constituídos para diferir. Aprendemos também que, muito além de químico, o alimento

incorpora valor de símbolo. E compreendemos por que é possível que cada homem retire prazer gastronômico de alimentos que, do ponto de vista de outros, seriam tidos como os mais estapafúrdios e mesmo como inimagináveis.

Como o de muitos animais, o humano é um corpo que tem relações sexuais. Contudo, não está biologicamente restrito a copular com 'x' ou com 'y'. Não lhe está organicamente determinado obedecer ou transgredir proibições de incesto. A biologia não lhe impõe cópulas em tal ou qual momento dos ciclos de fertilidade, na gravidez ou fora dela, por prazer ou por obrigação, de modo freqüente ou escasso, com esta ou com aquela finalidade, estimulando este ou aquele ponto erógeno. Segundo as sociedades, o sexo pode ser praticado a sós, com um ou vários parceiros, com animais, com pessoas de outro ou do mesmo sexo, nesta ou naquela posição... De modo análogo ao que acabamos de ver a propósito da alimentação, entre os humanos o sexo passa a ser imediata e simultaneamente significação: transforma-se em conformismo, desvio, imaginação, padrão estético, aliança entre grupos, gesto religioso, obrigação moral, e assim por diante. De novo encontramos aqui um terreno corporal propício à diferença, um campo fértil para que cada cultura faça as suas opções e plante a árvore de sua sexualidade própria. Essa sexualidade, ao contrário do que se polemizava acaloradamente algumas décadas atrás, não pode mais ser considerada nem como apenas biológica, nem como somente cultural.

Desde sempre os antropólogos biológicos estiveram preocupados em descrever este ser comparativamente livre das determinações do ambiente, que é o humano. Viver nas temperaturas mais elevadas ou nas mais geladas, nas florestas, nos desertos, nas montanhas ou nos vales, no mar e até no espaço extraterrestre... Nenhum ser é capaz de tanto. Mas, para os propósitos da antropologia do corpo, é necessário que caminhemos bem além da perspectiva adaptacional, que sempre prevaleceu na reflexão da antropologia física sobre este assunto. Mais ainda: também é preciso forcejar os limites comparativamente muito mais ousados da antropologia cultural, que quase sempre sustentou que os homens 'inventam' seus ambientes. Ambos os pontos de vista são válidos, sem dúvida, em seus níveis específicos. Entretanto, para a constituição plena da antropologia do corpo é necessário compreender – e levar até suas conseqüências últimas – que, muito mais do que seus ambientes, o que os homens 'criam' na verdade são os seus próprios corpos.

Os homens inventam seus corpos, esses híbridos construídos com adornos e com próteses, com disciplinas e com treinamentos, com automatismos adaptados aos mobiliários, às ferramentas e às máquinas, com prazeres e sofrimentos corporais físicos, simbólicos e imaginários. Inventam-no porque o humano é o corpo de um ser votado à diversidade, de um ente destinado a diferir inclusive de si mesmo. Portanto, é necessário aos antropólogos, físicos ou culturais, enfrentar o desafio de incluir na reflexão sobre o corpo esses princípios de variabilidade e de adaptabilidade radicais – princípios que, aliás, não são senão casos particulares do próprio princípio geral da diversidade. Isso significa que é preciso correr o risco de relativizar inclusive a própria biologia humana, para compreender como o corpo deste animal da cultura

é dotado de uma natureza especial: nele, qualquer detalhe biológico pode se ver imediatamente envolvido por convenções simbólicas, com todas as conseqüências jurídicas, políticas ou éticas que isto acarreta.

Seria igualmente relevante, por outro lado, que os antropólogos culturais, especialmente quando tratassem do corpo, se lembrassem de que em muitos casos é possível e mesmo necessário colocar em mais enfática evidência a concretude às vezes esquecida da cultura, indo além das 'representações' e dando alguns passos na direção do biológico. Assim, por exemplo, quando se diz que os indivíduos da nossa cultura têm nojo da maioria das secreções corporais, não se está referindo apenas ao que 'pensam' sobre os produtos do corpo, mas também a automatismos, a reflexos, a hormônios, a tensões musculares, a estados nervosos, a movimentos de vísceras, a humores... Quando se diz que os suyá (Seeger, 1980) acreditam que a doença e o tratamento envolvam os parentes próximos, de mesma 'substância', certamente não se está falando apenas de uma teoria abstrata, mas também da própria evolução das doenças e das condições de eficácia dos procedimentos terapêuticos. Em vez de uma barra separando a natureza da cultura, seria importante pesquisar em cada experiência corporal os gradientes contínuos, diferenciados e inúmeros que estão a amalgamar a globalidade da experiência humana, que é ao mesmo tempo simbólica e biológica.

Quando se diz que os arapesh (Mead, 1969) consideram atraentes mulheres com seios grandes e caídos, alegando que são superiores às ainda demasiado crianças, que os têm duros e levantados, é preciso entender que eles não apenas 'pensam' isso, mas também que todo um conjunto de tabus, de sentimentos, de sensações e de sensibilidades está associado a esse pensamento. Eles efetivamente sentem a mulher mais velha como mais atraente. Os praticantes de candomblé que "viram no santo" não apenas possuem crenças específicas sobre suas relações com os orixás, não somente as 'representam', mas as experimentam e vivenciam de maneira intensamente corporal. Entre os homens de algumas culturas, muitos não se limitam a pensar que uma mulher de nádegas acentuadas seja particularmente atraente: experimentam isso – e de tal maneira que todo um conjunto de movimentos e de automatismos dos olhos, do pescoço e da cabeça imediatamente se põe a funcionar. Portanto, muitas vezes não se trata apenas de 'representação' social, de 'concepções', de 'visões de mundo', de idéias mais ou menos intangíveis, voláteis e imateriais. As representações do corpo – principalmente – não se limitam a ser apenas acontecimentos intelectuais: com freqüência são violentamente viscerais e não raro se traduzem em entusiasmos, em medos, em prazeres, em rancores, em sensibilidades... É sempre necessário saber como ecoam e reverberam na carne.

Contra o etnocêntrico dualismo cartesiano de nossa herança intelectual, nunca nos esqueçamos de que 'biológico' e 'cultural' são apenas conceitos. O corpo humano não tem dois lados – um fixo e biológico, outro variável e cultural – mas apenas um. Conseqüentemente, a cada cultura corresponde uma corporeidade própria. A antropologia do corpo precisaria ser tão radicalmente relativizadora que incitasse à relativização da própria biologia humana. Apenas ilusoriamente se pode continuar considerando que morfológica, anatômica ou fisiologicamen-

te os órgãos humanos sejam universalmente os mesmos, pois 'naturais': porque os ascos e os prazeres são diversos, as resistências à dor são diferentes, as sensibilidades estéticas não se repetem, as doenças variam... E os órgãos respondem a essas variações, ao mesmo tempo que as tornam possíveis.

A natureza humana não é 'natural'. De cultura para cultura, dor e prazer podem simplesmente se inverter. Como Bruno Latour (1994:104) sugeriu, para entender a corporeidade humana seria necessário passar "do relativismo cultural ao relativismo natural". Existiria, então, em cada sociedade uma 'natureza-cultura' própria: uma confluência singular, um hibridismo particular, que não se repete em outra sociedade. Essa natureza-cultura talvez pudesse ser mais bem compreendida como análoga à fita de Moebius: nesta, uma torção em uma das pontas antes de colá-la à outra faz com que a oposição entre interior e exterior desapareça e que a fita não tenha mais lados, podendo ser descrita como dotada de um interior-exterior.

Sem repetir os erros – cujos perigos estão sempre à espreita – de um reducionismo biológico determinista, talvez fosse estratégico para a antropologia do corpo desenvolver estudos que tentassem aprender em novíssimas bases com as rupturas e continuidades presentes naqueles aspectos da vida humana que encontram correspondência aparente em outros animais: alimentação, limpeza, menstruação, sono, acasalamento, aleitamento, ritualização, cuidado com os pequenos etc. Talvez seja uma boa inspiração retornar ao conselho de Marcel Mauss e desenvolver os métodos de estudar com cuidado aqueles fatos em que a natureza biológica encontra bem diretamente a natureza social do homem, em que o individual e o coletivo se interpenetram e em que, como Durkheim costumava repetir, os homens vibram em conjunto, contagiam-se e entram em efervescência coletiva: em mulheres que nunca conceberam, mas que produzem leite quando se dispõem a amamentar filhos de outras; na tendência das que vivem em estreita proximidade física a menstruar mais ou menos simultaneamente; no orgasmo, que depende estreitamente de crenças específicas sobre a sexualidade; nas cócegas, que não podem ser provocadas por alguém em si mesmo; na lágrima, no choro, no riso, no sorriso e na gargalhada, que são manifestações corporais suscitadas pela combinação de idéias muito sutilmente particulares; nos placebos, que não raro realizam curas surpreendentes e extraordinárias; na dor, que às vezes se converte em prazer pela ação de reinterpretações simbólicas e de recompensas culturais; nos membros fantasmas dos amputados, que por um tempo continuam a se fazer presentes mesmo não existindo mais; no transe, que depende da presença de certas idéias muito definidas sobre o sagrado; nos alucinógenos, que fazem se enevoarem as fronteiras entre percepção e imaginário; nas mortes, nas doenças, nos tratamentos e nas curas vudus; na música, cujos ritmos são simultaneamente viscerais e intelectuais; em algumas expressões corporais de emoções, que parecem ser universais em crianças muito pequenas e que progressivamente vão se particularizando nos adultos; no aparente contágio dos bocejos em público; no paladar, no nojo, na vergonha, no medo, na dança, na hipnose, no humor, no sonho...

Referências Bibliográficas

ARIÈS, P. *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1981.

BOAS, F. *The Mind of Primitive Man*. New York: The MacMilland Company, 1963.

BOAS, F. Changes in bodily form of descendants of immigrants. In: MONTAGU, A. (Org.) *Frontiers of Anthropology*. New York: G. P. Putnam's Sons, 1974.

CANNON, W. Voodoo death. In: MONTAGU, A. (Org.) *Frontiers of Anthropology*. New York: G. P. Putnam's Sons, 1974.

DURKHEIM, E. *El Suicidio*. Buenos Aires: Schapire, 1971.

FOUCAULT, M. *Surveiller et Punir*. Paris: Gallimard, 1975.

FREYRE, G. *Casa-grande & Senzala*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1977.

FREYRE, G. *Sobrados e Mucambos*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1985.

HERTZ, R. *Sociologie Religieuse et Folklore*. Paris: Presses Universitaires de France, 1970.

HERTZ, R. A preeminência da mão direita: estudo sobre a polaridade religiosa. *Religião e Sociedade*, 6:99-128, nov. 1980.

LATOUR, B. *Jamais Fomos Modernos*. São Paulo: Editora 34, 1994.

LEACH, R. *Socioeconomic Status, Race and Poliomyelitis in Detroit, Michigan: a sociological analysis*, 1967. MA Thesis, Detroit: Wayne State University.

LE BRETON, D. *Anthropologie de la Douleur*. Paris: Métailié, 1995.

LÉVI-STRAUSS, C. *Antropologia Estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1967.

MALSON, L. *Les Enfants Sauvages*. Paris: Union Générale d'Editions, 1964.

MAUSS, M. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Edusp, 1974. vol. 2.

MAUSS, M. *Ensaios de Sociologia*. São Paulo: Perspectiva, 1981.

MEAD, M. *Sexo e Temperamento*. São Paulo: Perspectiva,1969.

NIETZSCHE, F. *Le Gai Savoir*. Paris: Gallimard, 1950.

RODRIGUES, J. C. *Higiene e Ilusão*. Rio de Janeiro: Nau, 1995.

RODRIGUES, J. C. *O Corpo na História*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

SEEGER, A. *Os Índios e Nós*. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

VIGARELLO, G. *Le Propre et le Sale*. Paris: Seuil, 1985.

10. LEGADOS Y TENDENCIAS EN LA HISTORIOGRAFÍA SOBRE LA ENFERMEDAD EN AMÉRICA LATINA MODERNA*

Diego Armus

En las dos últimas décadas, el tema de la enfermedad ha comenzado a ganar un lugar destacado en la historiografía latinoamericana. Su crecimiento como subcampo es parte de la actual fragmentación de los estudios históricos –ahora mucho más prolíficos en recortes temáticos que en ambiciosas y abarcativas narrativas– y también de preguntas y enfoques que las ciencias sociales y las humanidades han destacado entre sus preocupaciones.

Esta ostensible presencia de la enfermedad como objeto de reflexión ha sido, y sigue siendo, el resultado de contribuciones originadas en distintas agendas de trabajo. En primer lugar, los esfuerzos por renovar la tradicional historia de la medicina. Luego, la diseminación de modelos interpretativos provenientes de otras disciplinas que por diversas vías encontraron en la enfermedad un nudo problemático. Finalmente, los estudios históricos de la población y de sus condiciones materiales de existencia.

Lo que está surgiendo de este dinámico proceso historiográfico ha sido etiquetado como nueva historia de la medicina, historia de la salud pública o historia sociocultural de la enfermedad. Tal vez por detrás de cada una de estas etiquetas pueda encontrarse una trama de preocupaciones propias y específicas. Es evidente, sin embargo, que cuando se evalúa lo que estas distintas historias están produciendo, algunos de sus temas –no así, necesariamente, el modo de abordarlos– tienden a repetirse. Es evidente también que todas ellas reconocen a las enfermedades como fenómenos complejos, algo más que un virus o una bacteria. Además de su dimensión biológica, las enfermedades cargan con un repertorio de prácticas y construcciones discursivas que reflejan la historia intelectual e institucional de la medicina. Las enfermedades también pueden ser una oportunidad para desarrollar y legitimar políticas públicas, canalizar

* Una versión, algo distinta y titulada 'La enfermedad en la historiografía de América Latina moderna', apareció en *Cuadernos de Historia* (Córdoba), 3:7-25, 2000, y en *Asclepio, Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia* (Madrid), LIV, 2:41-60, 2002. En inglés, y titulada 'Disease in the historiography of Modern Latin America', se publicó en ARMUS, D. *Disease in the History of Modern Latin America: from malaria to Aids*. Durham, London: Duke University Press, 2003. Este texto mantiene, con cambios menores y más información bibliográfica, los argumentos centrales de las versiones anteriores.

ansiedades sociales de todo tipo, facilitar y justificar el uso de ciertas tecnologías, descubrir aspectos de las identidades individuales y colectivas, sancionar valores culturales y estructurar la interacción entre enfermos y proveedores de atención a la salud. De algún modo, y tal como ha escrito uno de los más influyentes historiadores en este campo, una enfermedad existe luego de que se ha llegado a una suerte de acuerdo que revela que se la ha percibido como tal, denominado de un cierto modo y respondido con acciones más o menos específicas (Rosemberg, 1992). En otras palabras, razones particulares y coyunturas temporales enmarcan la vida y muerte de una enfermedad, su 'descubrimiento', ascenso y desaparición.

En estas notas no me propongo hacer un balance exhaustivo y detallado de lo que se ha escrito para el largo período que va desde el último tercio del siglo XIX en adelante. Tampoco me propongo adelantar la agenda de lo que debe hacerse en el futuro, ya que entiendo que esas indicaciones pueden ser tan presuntuosas como inútiles. Se trata, solamente, de dar cuenta de la dirección, o mejor, de las direcciones que está tomando la historia de la enfermedad. De esa producción historiográfica se desprende que tres han sido y son los tópicos dominantes: la dimensión social y política de las epidemias, las influencias externas en el desarrollo médico-científico y en las políticas de salud pública y sus influencias en los procesos de construcción de los estados nacionales y, finalmente, los usos culturales de la enfermedad.

Escribiendo la Historia de la Enfermedad: nueva historia de la medicina, historia de la salud pública e historia socio-cultural de la enfermedad

Tradicionalmente, el tema de la enfermedad ha sido una suerte de coto controlado por los historiadores de la medicina. Fueron ellos los que escribieron no sólo una historia de cambios en los tratamientos sino también las biografías de médicos famosos. Más allá de sus aportes específicos, estas historias parecen haberse empeñado en reconstruir el 'inevitable progreso' generado por la medicina diplomada, unificar el pasado de una profesión crecientemente especializada y resaltar cierta ética y filosofía moral que se pretende distintiva, inalterada y emblemática de la práctica médica a lo largo del tiempo. La nueva historia de la medicina, por el contrario, tiende a destacar los inciertos desarrollos del conocimiento médico, dialoga con la historia de la ciencia, discute no sólo el contexto –social, cultural y político– en el cual algunos médicos, instituciones y tratamientos 'triunfaron', haciéndose un lugar en la historia, sino también el de aquellos otros que quedaron en el olvido. Es una narrativa que se esfuerza por tensionar la historia natural de la enfermedad y algunas dimensiones de su impacto social (Stepan, 1976; Cueto, 1989; Benchimol & Teixeira, 1993; Fernandes, 1999; Dantes, 2001; Coutinho, 1999; Quevedo Vélez et al. 1993).

La historia de la salud pública, por su parte, destaca la dimensión política, dirige su mirada al poder, a la política, al Estado y a la profesión médica. Es, en gran medida, una historia atenta a las relaciones entre las instituciones de salud y las estructuras económicas,

sociales y políticas (Nunes, 2000; Belmartino et al., 1991; Morgan, 1993; Díaz-Briquets, 1983; Hernández Llamas, 1984; Horn, 1983; Carrillo, 2002; Abel, 1994; Yépez Colmenares, 2002; Lossio, 2003). Es, también, una historia que se piensa útil e instrumental y que busca en el pasado lecciones para el presente y el futuro porque asume que la cuestión de la salud es un proceso abierto. Así, el pasado debe ser investigado apuntando a facilitar intervenciones que, se supone, pueden incidir –de modo no específico sino general– en la realidad contemporánea, intentando reducir las inevitables incertidumbres que marcan a todo proceso de toma de decisiones en materia de salud pública.

Esta mirada, en verdad, retoma el legado de la práctica y los estudios del higienismo de fines del siglo XIX y comienzos del XX y, más tarde, en torno a los años 50, de algunos estudios que ya se presentaban como historias nacionales de la salud pública. Ambos esfuerzos, que reconocían y enfatizaban el carácter social de la enfermedad, son antecedentes relevantes al momento de evaluar la historia de la historiografía sobre la salud en América Latina. Allí están, entonces, los puntos de partida de una serie de trabajos que en algunos casos no harán más que celebrar a los primeros sanitaristas –de modo bastante similar a la tradicional historia de la medicina– y, en otros, se empeñarán en analizar, en clave estructuralista, la cuestión de la salud y la medicina como epifenómenos de las relaciones de producción.[1] Como sea, el énfasis de esta historia de la salud está no tanto en los problemas de la salud individual sino en la de los grupos, en el estudio de las acciones políticas para preservar o restaurar la salud colectiva y en los momentos en que el Estado o algunos sectores de la sociedad han impulsado acciones destinadas a combatir una cierta enfermedad a partir de una evaluación que excede lo estrictamente médico y está definitivamente marcada por factores políticos, económicos, culturales, científicos y tecnológicos.

Sin duda, en la historia de la salud la medicina pública aparece en clave positiva y progresista, a la manera de una feliz consecuencia de la asociación de la biomedicina con una organización racional de la sociedad donde ciertos profesionales –los médicos sanitaristas en primer lugar– han sabido ofrecer soluciones frente a las enfermedades del mundo moderno. Esta asociación, vista como potencialmente benéfica, fue evaluada a partir de sus logros concretos. Así, el insatisfactorio balance resultante ha sido explicado por algunos, y no sin una gran dosis de esquematismo que prescinde de cualquier matiz nacional o temporal, como un resultado de la condición dependiente de la región (Navarro, 1994). Esta dependencia, se decía, determinaría la existencia de una elite dirigente y una estructura de poder económico incapaz o no interesada en crear y distribuir equitativa y eficientemente recursos y servicios sanitarios. Otros estudios listaron los logros y limitaciones de los proyectos de modernización en materia de salud pública a nivel nacional o para una ciudad en particular, reaccionando contra el esquemático uso del modelo dependentista. Se propusieron mostrar que al menos en ciertos contextos urbanos el balance no ha sido tan negativo y que la condición periférica no fue tan

[1] Un ejemplo de los enfoques celebratorios en Leonard, 1989. Para la interpretación estructuralista véase García, 1981 y 1994.

decisiva al momento en que el Estado se lanzó a construir la infraestructura sanitaria básica y a intentar reducir las tasas de mortalidad, en particular las ocasionadas por las enfermedades infecciosas (Escudé, 1989; Abel, 1986). Más aún, y apoyándose no sólo en un intenso diálogo con la ciencia política sino también evitando pensar los procesos históricos en clave determinista, algunos estudios han centrado su atención en la política como un factor de peso al momento de entender las razones que explican el triunfo de una determinada alternativa, entre las varias posibles, que marcan la emergencia de un cierto sistema de servicios de salud o de las características particulares que adopta la centralización de las iniciativas estatales en materia de construcción y liderazgo de la infraestructura de asistencia y atención (Belmartino, 2004; Hochman, 1998).

Comparada con la historia de la medicina y la de la salud pública, la historia sociocultural de la enfermedad es más reciente. Se trata, en verdad, de trabajos de historiadores, demógrafos, sociólogos, antropólogos y críticos culturales que, desde sus propias disciplinas, han descubierto la riqueza, complejidad y posibilidades de la enfermedad y la salud, no sólo como problema sino también como excusa o recurso para discutir otros tópicos. Así, esta historia sociocultural apenas dialoga con la historia de la biomedicina y se concentra en las dimensiones sociodemográficas de una cierta enfermedad, en los procesos de profesionalización y medicalización, en los instrumentos e instituciones del control médico y social, en el rol del Estado en la construcción de la infraestructura sanitaria y en las condiciones materiales de vida y de trabajo y sus efectos en la mortalidad (Carbonetti, 1998; Bliss, 1999; Armus, 1984; Campos Coelho, 1999; Pereira Neto, 2001; Alvarez & Reynoso, 1995; González Leandri, 1999; Pita, 2004; Kohn Loncarica & Aguero, 1985; Belmartino, et al., 1988; Carrillo, 1999; Agostoni, 1999, 2003; Contrera Cruz, 1992; Chomsky, 1996; Meade, 1997). En algunos casos, estas historias están fuertemente marcadas por el empirismo y no van más allá de una recolección de datos relevantes para la historia de ciertas enfermedades. En otros, el objetivo pareciera apuntar a mostrar, sin mayores esfuerzos de problematización, que las condiciones de existencia de los pobres, de los sectores populares o de los trabajadores han estado, siempre, marcadas por la desdicha. Y en otros, por fin, y buscando una única y última explicación, que cualquier iniciativa en materia de salud pública ha sido el resultado de un esfuerzo por aumentar la productividad o garantizar la reproducción de la fuerza de trabajo; o que las elites impulsaron las reformas sanitarias por su propia seguridad; o que las reformas sanitarias fueron el resultado de un arbitrario e inescrupuloso empeño de control y disciplinamiento liderado por una burocracia profesional ya afirmada en instituciones estatales o, más en general y de modo bastante simplista, que el capitalismo dependiente necesitaba esos cambios (Pineo, 1998; Recalde, 1997; Costa, 1985; Murdock, 1995). La narrativa socio-cultural de la historia de la enfermedad también se ha apoyado en las interpretaciones foucaultianas de la medicalización y el disciplinamiento. Fueron y siguen siendo una referencia indudablemente inspiradora –especialmente en ciertos círculos intelectuales latinoamericanos, donde hizo impacto antes que entre los grupos latinoamericanistas anglosajones– de trabajos que encontraban en la medicina estatal un arsenal de recursos normalizadores constitutivos de la modernidad. Así, las iniciativas

estatales –discursivas o políticas– en materia de salud pública fueron entendidas como esfuerzos de racionalización que, al haber desarrollado conocimientos y lenguajes disciplinares particulares, estaban destinados a controlar a los individuos y a sus cuerpos (Machado et al., 1978; Costa, 1979; López Sánchez, 1998; Sevcenko, 1984; Vezzetti, 1999). En este contexto, las hipotéticas etiologías de ciertas enfermedades terminaban funcionando, según se ha argumentado, como instrumentos de regulación social, etiquetamientos de la diferencia y legitimación de sistemas ideológicos y culturales. Estas referencias teóricas muy sugerentes, cuando fueron leídas y aplicadas con rigidez, terminaron ignorando el examen de las mediaciones y particularidades que de modo específico –es decir con un tiempo, un lugar y una sociedad históricamente concretos– recorren la trama tejida por el poder, el Estado, las políticas públicas, los saberes, la vida cotidiana, las percepciones de la enfermedad y las respuestas de la gente común.

En estos tres abordajes, cada uno de ellos con más o menos renovación, hay un indudable esfuerzo por escapar de las limitaciones y estrecheces que han marcado a la tradicional historia de la medicina. Todos –la nueva historia de la medicina, la historia de la salud pública y la historia sociocultural de la enfermedad– entienden a la medicina como un terreno incierto, donde lo biomédico está penetrado tanto por la subjetividad humana como por los hechos objetivos. Estos enfoques, también, se proponen discutir sobre la enfermedad como un problema que además de tener una dimensión biológica se carga de connotaciones sociales, culturales, políticas y económicas. Es cierto, se siguen escribiendo trabajos con énfasis sesgadamente empíricos, foucaultianos, celebratorios, o ignorantes de cualquier tipo de mediaciones entre las acciones médico-sanitarias y los requerimientos del sistema económico. Pero también pareciera estar prefigurándose una narrativa historiográfica interesada en contextualizar e interpretar creativamente la riqueza de las iniciativas originadas en la medicina y la salud pública, no sólo en sus dimensiones disciplinadoras sino también en las humanitarias y asistenciales.

Escribiendo sobre las Epidemias como un Problema Histórico

Fue en torno de las epidemias donde la literatura ha sido más prolífica. Su foco está en los avatares de las enfermedades contagiosas que azotaron sorpresiva e intensamente las ciudades entre el último tercio del siglo XIX y las primeras décadas del XX y que, en algunos casos, han vuelto hacerlo en las postrimerías del XX (Scenna, 1974; Oliver, 1996; Telarolli, 1996; Cano, 1996; Prieto, 1996; Florescano & Malvido, 1997; Armus, 2000a; Pineo, 1990; Adamo, 1997; Cueto, 2003; Briggs & Mantini-Briggs, 2003). Algunas de estas historias enfatizan en las condiciones sociales en que emerge la coyuntura epidémica, las técnicas y políticas implementadas para combatirla y las reacciones de los gobiernos, la elite, los grupos profesionales y la gente común. Otras también incluyen un examen detenido de los factores biológicos y ecológicos, articulando un diálogo entre historia social e historia de la biomedicina. Así, los casos latinoamericanos engrosan una suerte de dramaturgia común a todas las epidemias donde se enlazan los temas del contagio, el temor, la huída, la salvación, la búsqueda de chivos emisarios, la estigmatización, los esfuerzos por explicar –cultural, religiosa, o políticamente– la llegada, en

un cierto momento, del azote epidémico. Pero esta dramaturgia, es preciso subrayarlo, sólo define los marcos de la experiencia epidémica ya que las enfermedades no son iguales, los microorganismos se transmiten y afectan de distinto modo, las estrategias de combate no son las mismas y cada sociedad –y, en ocasiones, sus diversos grupos– puede dar un sentido específico, particular, a sus consecuencias.

Las epidemias ponen al descubierto el estado de la salud colectiva y la infraestructura sanitaria y de atención. Pueden facilitar iniciativas en materia de salud pública y de ese modo jugar un papel acelerador en la expansión de la autoridad del Estado, tanto en el campo de las políticas sociales como en el mundo de la vida privada. Sin embargo, la familiaridad de la sociedad con un cierto mal claramente puede preparar el terreno para que se lo ignore, precisamente porque su persistente presencia lo vacía de algunas de las características asociadas a lo extraordinario y sorpresivo o porque el contexto político –qué intereses pone en juego–, el contexto social –a quiénes afecta– o el contexto geográfico –cuán lejos o cerca está de los centros de poder– no lo transforman en una cuestión pública, aun cuando por definición se trate de un problema de salud colectiva y relevante para importantes sectores de la población.

Antes y después del despegue de la bacteriología moderna, las epidemias quedaron estrechamente asociadas al mundo urbano, en particular el de las grandes ciudades y, desde fines del siglo XIX, a la cuestión social. Así, y junto a la creciente aceptación de las explicaciones monocausales de cada mal, las referencias al contexto fueron ineludibles, de la precariedad de los equipamientos colectivos a la vivienda, de la herencia biológica o racial a los hábitos cotidianos de higiene, del ambiente laboral a la alimentación y la pobreza, de la inmigración masiva a las multitudes que se agolpaban, peligrosas, en las ciudades. Con el despuntar del siglo XX, la estadística se afirmó como disciplina y en algunos países comenzaron a consolidarse agencias estatales específicamente abocadas a las cuestiones de la salud pública. Los médicos higienistas primero y los sanitaristas más tarde, casi perfilados como una burocracia especializada, dialogando y compitiendo con otros médicos y otros actores en el ámbito político, religioso o legal, jugarían un rol decisivo en la modernización del equipamiento urbano y las redes de asistencia, reforma y control social.

A veces, la lucha antiepidémica desplegaba campañas cuasi militaristas en su retórica –los microorganismos eran definidos como enemigos– y también en su práctica, alentando intervenciones intrusivas y violentas. Tal vez por eso, en ocasiones, fueron resistidas aun cuando utilizaran recursos que no eran totalmente nuevos para la población. Otras veces, a esas estrategias se sumaban empeños que enfatizaban la persuasión y la educación, apuntando a difundir entre la población un código higiénico que, en el mediano plazo, logró una tremenda aceptación e impacto en la vida cotidiana.

Sin afectar masivamente a la población, algunas enfermedades como la sífilis o la lepra fueron calificadas, en algunos contextos, como epidémicas. Razones sociales, culturales o políticas, legitimadas por el saber médico, las transformaban en problemas nacionales capaces de

atraer la atención de la opinión pública y promover campañas específicamente destinadas a erradicarlas. Otras enfermedades –crónicas como la tuberculosis o las gastrointestinales, o endémicas como la malaria, la anquilostomiasis y la fiebre amarilla– que no irrumpían por sorpresa, pero que estaban bien instaladas en la trama social y con frecuencia mataban y enfermaban más que las epidémicas, no siempre lograban movilizar recursos materiales, profesionales o simbólicos suficientes para ser percibidas como problemas colectivos serios. Menos espectaculares, estas enfermedades han hecho un impacto en el mundo urbano, en el rural o en ambos. Y por omnipresentes, menos ruidosas, carentes de terapias específicas exitosas, fuertemente marcadas por las condiciones materiales de existencia o localizadas en los márgenes geográficos o sociales, la gestación de políticas específicas destinadas a combatirlas o no existían o demandaban ingentes esfuerzos al momento de querer instalar el tema en la opinión pública y en la conciencia de las elites locales y nacionales. Y si en el mundo urbano algunas de estas enfermedades finalmente lograron devenir en asuntos públicos –en gran medida por haber sido percibidas como elementos constitutivos de la cuestión social– en el campo fueron los males endémicos los que facilitaron la ampliación del área de incumbencia de las políticas públicas en materia de salud (Armus, 2000b; Castro Santos, 1980; Obregón, 1996). En ese contexto, el proyecto de sanear el campo o al menos combatir una de sus endemias reafirmaba el proceso de construcción de la Nación y la expansión del Estado y del poder central (Castro Santos, 1993; Franco Agudelo, 1990; Hochman, 1998).

Escribiendo sobre la Enfermedad, las Influencias Externas y los Procesos de Construcción de los Estados Nacionales

Otro tópico relevante ha sido el de la llegada de la medicina europea y norteamericana a América Latina. Se trata, en gran medida, de una reacción contra las interpretaciones difusionistas que asumían una pasiva recepción de conocimientos y prácticas articulados fuera de la región. Así, el énfasis no está en el transplante e importación de ideas sobre ciertas enfermedades –las llamadas, de modo impreciso, tropicales como la fiebre amarilla, la malaria o la anquilostomiasis– sino en el proceso de selección y ensamblaje, en su creativa reelaboración y modificación de acuerdo a específicos contextos culturales, políticos e institucionales. En ese marco interpretativo, los médicos higienistas y los científicos de la periférica América Latina aparecen como aliados y, en ocasiones, como competidores y cuestionadores de la hegemonía científico-cultural europea o norteamericana. Sus trayectorias los descubren discutiendo entre ellos, animando –antes y después del triunfo de la bacteriología moderna– debates sobre las posibles etiologías de ciertas enfermedades, creando instituciones de excelencia científica, empeñándose en esfuerzos más o menos originales por incidir en las tendencias de la morbilidad y mortalidad (Benchimol, 1999; Cueto, 1996; Edler, 1996; Peard, 1999; Kropf, 2000; Coutinho, 2003; Stepan, 2003).

Inevitablemente, esas experiencias e iniciativas necesitaban legitimarse de algún modo y, en ese proceso, quedaban fuertemente asociadas a problemas más vastos como son los de la

construcción del Estado y la Nación, las demandas del capitalismo dependiente, la regeneración y mejoramiento progresivo de la 'raza nacional', la reforma social y la renovación de las costumbres. Lo interesante es que las enfermedades que desde finales del siglo XIX permitieron articular estos esfuerzos no han sido necesariamente las mismas en cada país. Así, el cólera, la tuberculosis, la malaria, el mal de Chagas, la sífilis, la lepra y, ya en las postrimerías del siglo XX, el Sida y otra vez el cólera cargan con una relevancia, una significación simbólica, que sólo puede aprehenderse cuando se las contextualiza en la historia nacional, regional o local o cuando se las cruza con las estructuras demográficas, los niveles de urbanización y los avatares –científicos, tecnológicos, políticos y culturales– que marcan la oferta de estrategias específicas de cura.

En torno a ciertas enfermedades 'tropicales', como la malaria, la fiebre amarilla y la anquilostomiasis, se articula otro tema conectado con los problemas de la politización de la salud y de la recepción y transferencia de saberes y prácticas desde los centros científicos internacionales. En esa periférica recepción de novedades biomédicas se han notado muchos elementos comunes a gran parte de los países de la región y, más recientemente, algunas diferencias. Tal el caso de Brasil, donde se enfrentaron los problemas sanitarios de la mano de un programa de investigación donde se integraban la bacteriología, la parasitología y la preocupación por los vectores mientras que la Argentina lo hizo enfatizando en la microbiología y las estrategias 'aeristas' propias de la higiene clásica (Caponi, 2002).

En el centro mismo de los problemas de la recepción periférica está el papel jugado por ciertas agencias internacionales, en particular la Fundación Rockefeller. No hay dudas de que sus misiones, presentes entre 1910 y 1930 en casi todos los países de América Latina, son una prueba más del aumento de influencia de los Estados Unidos en la región, así como de su rol decisivo en la organización de servicios independientes por enfermedad y en la promoción, en general, de la medicina curativa y del control técnico de las dolencias en desmedro de una medicina más integral y educativa. Pero el problema es más complejo y, afortunadamente, las visiones maniqueas y simplistas sobre la injerencia imperialista de la Rockefeller no parecen dominar en la historiografía (Cueto, 1994).

En muchos países de la región, la salud como cuestión pública es anterior a la llegada de estas misiones. Durante los dos primeros tercios del siglo XIX, dominaron los enfoques miasmáticos y medioambientalistas, pero sin producir cambios sanitarios infraestructurales de peso, limitando de ese modo sus efectos sobre la mortalidad general. Hacia finales del siglo, la bacteriología moderna tomará la iniciativa, marcando profundamente la dinámica de muchas de los emprendimientos en materia de salud pública. Fue en ese contexto en que algunas comunidades científicas nacionales tendieron a jerarquizar el estudio de ciertas enfermedades tropicales. Entrenados principalmente en Europa occidental, estos médicos desplegaron novedosos esfuerzos de investigación e intervención antes que sus pares norteamericanos. Sin embargo, la llegada de las misiones Rockefeller fue decisiva en la orientación de las reformas sanitarias, en particular en el mundo rural y respecto de enfermedades que, se creía, podían erradicarse con pocos gastos y en poco tiempo. Más allá de las singularidades y los resultados –desparejos

según las países y las enfermedades–, los empeños de la Fundación Rockefeller movilizaron a la opinión pública respecto de las condiciones de vida y de salud de los pobres del campo, facilitaron enormemente la centralización de los esfuerzos sanitarios, contribuyeron a consolidar el poder del gobierno central frente a las tradicionales estructuras de poder local y regional y galvanizaron la posición de los Estados Unidos como referencia externa dominante en materia de salud pública. A su modo, animaron un complejo proceso de modernización sanitaria y de distribución de sus beneficios que destaca procesos de cooptación, de canalización de demandas de la sociedad civil y de negociación entre sectores técnicos nacionales y foráneos.

La agenda técnica de las misiones debió lidiar con el desafío de adaptarse a las idiosincrasias y percepciones de la enfermedad de la población local, algo que los representantes de la fundación hicieron tan mal o con tanta dificultad como la mayoría de los médicos nativos con experiencia profesional en el mundo urbano. En cualquier caso, las relaciones entre médicos nativos y especialistas extranjeros fueron complejas, a veces signadas por la subordinación, la alianza, el pragmatismo, el conflicto o la adaptación de las partes involucradas. Al igual que en el mundo urbano, pero enfrentando otras enfermedades, los problemas de cómo intervenir en el mundo rural, cuán profundamente penetrar en sus modos cotidianos, cómo persuadir o cuándo recurrir a la coerción fueron cuestiones ineludibles. Y si en el diseño original estas intervenciones podían reverenciar lo técnico o ser instrumentales en una agenda filantrópica neocolonial o funcional a los intereses de grupos económicos con fuertes emprendimientos en la región, al momento de ser llevadas a la práctica, intencionalmente o no, contribuirían a sentar precedentes y facilitar la construcción de las bases institucionales de futuros desarrollos que, en materia de medicina social y prevención, liderarían actores locales (Palmer, 1998; Birn & Solórzano, 1997; Birn, 2003).

Escribiendo la Historia Socio-cultural de la Enfermedad

El tercer y último tópico que permea a muchas de las nuevas narrativas históricas sobre la enfermedad destaca sus dimensiones culturales y sociales en sentido amplio. Se trata, de una parte, de estudios particularmente interesados en el examen de discursos originados en la medicina. De otra, en los usos metafóricos de la enfermedad. El estimulante y atractivo marco interpretativo foucaultiano motorizó los trabajos sobre la locura y el orden psiquiátrico, sus instituciones específicas, sistemas teóricos y procesos de profesionalización. Así, se ha discutido la locura como un objeto que nace y se transforma en un campo de intersecciones que desbordan los temas propios de la psiquiatría. Cuentan entonces la higiene pública y el espacio del manicomio, las utópicas empresas de moralización colectiva, y el lugar y rol del orden psiquiátrico en la historia de la construcción del Estado (Vezzetti, 1989; Mariátegui, 1989; García-Huertas, 1991; Carrara, 1998). En ese contexto, se enfatizó la emergencia de un poder médico dedicado a disciplinar los cuerpos, normativizar los umbrales sanitarios generales e influir en las prácticas políticas de la sociedad no tanto como exterioridades sino como inmanencias (Machado et al., 1978). El enfoque dominante ahora busca distanciarse de la repetición casi

mecánica y simplificadora de los postulados foucaultianos, tratando con mayor o menor éxito de usar de ellos pero de modo matizado y cauteloso, apoyándose en información empírica y explorando tanto los contenidos disciplinadores como los asistenciales de las prácticas psiquiátricas. En algunos casos, el énfasis ha ido al examen del lugar de la salud mental en los procesos de modernización. En otros, a la vida cotidiana en hospicios y asilos, a la consolidación de grupos profesionales, a las relaciones entre disciplinas como la psicología o el psicoanálisis con la cultura ilustrada y la popular (Ruiz Zevallos, 1994; Rivera-Garza, 2001, 2002; Engel, 2001; Agueros & Eraso, 2000; Zulawski, 1978. Vezzetti, 1996; Balán, 1991; Plotkin, 2001).

En cuanto a los usos metafóricos de la enfermedad, algunos estudios han explorado la conexión entre patología, literatura y, más en general, cultura. Los huidizos y ambiguos significados que recorren los desórdenes físicos y espirituales, y los discursos y narraciones que pretenden darles sentido están en el centro de estos imaginativos y audaces esfuerzos interpretativos, a veces –no siempre– basados en una muy acotada información empírica (Trigo, 2000; Nouzeilles, 2000; Porto, 1999; Armus, 2002).

Los discursos sobre las enfermedades de transmisión sexual, en particular la sífilis y con ella la más vasta problemática de la sexualidad, también fueron discutidos desde perspectivas fuertemente foucaultianas. Así, la lucha contra las enfermedades venéreas aparece como un recurso para construir implícita o explícitamente una población más permeable a los intereses de una cierta biopolítica que postula, frente a los imperativos del sexo, el autocontrol y la asunción racional y consciente de las responsabilidades biológicas. Enfocada de este modo, la historia de la sífilis –y también de la locura– se recorta como un capítulo del proceso civilizador de occidente y termina ignorando cualquier especificidad local o nacional. Cuando sí toma registro de ellas, se trata de historias interesadas en conectar la enfermedad con cuestiones como la degeneración de la especie, la raza, la inmigración, la identidad nacional y la esfera pública y privada (Carrara, 1996; Bliss, 2003). En ese contexto, algunos trabajos analizaron la generación de modelos médicos de exclusión –que definen estereotipos, estigmatizan y patologizan comportamientos– respecto de la sexualidad y condición de la mujer, de la homosexualidad, de los 'pueblos' y de ciertos grupos inmigratorios y raciales (Aronna, 1999; Nouzeilles, 1999, 2003; Salessi, 1995; Leiner, 1993; Briggs, & Mantini-Briggs, 2003). Otros estudios, en particular los enfocados en el Sida, discuten la compleja y porosa frontera entre lo privado y lo público en cuestiones de políticas de salud. En ese territorio –pertinente, por otra parte, a la historia de tantas otras enfermedades, en el pasado y en la actualidad– toma forma el problema de la formación histórica de los derechos a la salud y de sus componentes individuales y sociales. Así, mientras algunos encuentran en el Sida el emergente de una crisis en materia de derechos humanos con una dimensión propia de problemas de salud pública, otros ven allí una crisis de salud pública saturada por la problemática de los derechos humanos (Scheper-Hughes, 1994). En ese contexto se examinan las políticas respecto de la enfermedad, su impacto en la prensa, su rol en la gestación de nuevos o renovados movimientos sociales (Parker, 1997; Larvie, 2003; Marques, 2002; Cueto, 2002).

El tema de la creciente presencia del saber y prácticas médicas también ha estimulado historias generales de la medicina o la salud pública. Algunas, en clave foucaultiana, se han propuesto analizar la consolidación del monopolio de la práctica de curar en la clase médica, los lugares concretos en que se desarrolló el poder médico como poder absoluto –frente al enfermo, las clases populares, la mujer, los adolescentes y los homosexuales– y, finalmente, el rol del saber médico como coedificador de una nueva y moderna sensibilidad (Barrán, 1994). Otras han buscado armar una historia de la salud a partir de un examen de la génesis, desarrollo y crisis del asistencialismo estatal, ofreciendo una narrativa bastante peculiar puesto que, si bien presenta al Estado como el gran gestor de las desdichas o fortunas de la salud del pueblo, no hay, como sí ocurre en otras historiografías, un deliberado esfuerzo por reconstruir de modo detallado los fenómenos vinculados a la profesionalización y emergencia de instituciones de atención (Illanes, 1993). Sin enfocarse en una enfermedad en particular, sino en la medicina o la salud en general, estas ambiciosas historias, mejor o peor ancladas en información empírica y, por momentos –inevitablemente– enumerativas, no dominan en la literatura.

Desde hace ya un tiempo, el tono lo han estado dando enfoques más acotados y en un estilo que, con éxito dispar, parece haberse propuesto evitar los determinismos foucaultianos, economicistas o de cualquier otro tipo. Uno de esos enfoques, buceando en los discursos sobre la raza, la ciencia, la medicina, la nacionalidad y el futuro, ha sido el de la eugenesia latinoamericana como una eugenesia dominantemente preventiva y positiva, como una apuesta neolamarkiana de mejoramiento social bien diferenciada de la eugenesia anglosajona de las esterilizaciones forzadas y masivos exterminios (Stepan, 1991; Naranjo Osorio & García González, 1996; Stern, 1999; Palma, 2002).

Otro enfoque ha centrado en el estudio de la degeneración como tópico relevante en la construcción de la nacionalidad, tanto en los países donde el tema del trópico y la raza aparecían persistentemente asociados como en los que recibieron importantes contingentes inmigratorios y por eso discutieron políticas selectivas de atracción y admisión de extranjeros (Schwarcz, 1993; Naranjo Osorio & García González, 1996; Cañizares, 1998; Borges, 1993). Esta problemática, articulada en torno a la preocupación del Estado por construir 'razas nacionales' saludables, también permea muchos de los estudios centrados en discursos y políticas públicas de bienestar. De una parte, se recorta con fuerza la problemática de preservar o mejorar la salud infantil y de la mujer en su condición de madre, reforzar la institución del matrimonio y evitar la proliferación de hijos ilegítimos (Blum, 1998, 2003; Guy, 1998; Ramírez de Arellano, & Seipp, 1983; Nari, 1996; Di Liscia, 2002a; Billorou, 2004). De otra, la de la higiene como un conjunto de postulados, una suerte de ideología en sentido laxo, que permite articular en clave técnica preocupaciones políticas de diverso cuño doctrinario y, también, como un valor que en el mediano plazo logra, al igual que la educación, ser celebrado por las elites y los sectores populares independientemente de las ideologías. Con mayor o menor explicitación, lo que estos estudios indican es que, más allá del significado que cada grupo social pudo haberle dado a esa cultura, la higiene individual y la colectiva han devenido en prácticas civilizatorias y de socialización. Tal vez sea más apropiado hablar de culturas de la higiene, en plural. Como sea,

es evidente que hay aquí un territorio con un inocultable nivel de consenso. Entre las elites estas prácticas fueron bien recibidas e incorporadas en su propia vida cotidiana. Distintos grupos políticos o profesionales encontraron en ellas uno de los modos de ordenar y encuadrar de una cierta manera la sociedad tanto por su cima como por su base. Impuestas con sutileza o coercitivamente, alentadas o inducidas con los recursos de la persuasión o la propaganda, las prácticas de la higiene terminaron siendo interiorizadas por la gente común y no necesariamente, o exclusivamente, como resultado de una suerte de resignada aceptación de las iniciativas disciplinarias del Estado moderno sino como una evidencia de las ventajas y mejoras que podían lograr en sus condiciones de materiales de existencia (Armus, 1995a, 1995b, 1996; Armus & Belmartino, 2001; Barrancos, 1996a; Halperín, 2000; Chaloub,1996; Castro Santos, 1985; Pedraza Gómes, 2002; Parker, 2002; Manarelli, 1999; Agostoni, 1997, 2001).

Como ocurre en otras historiografías, las lecturas foucaultianas o post-foucaultianas de la concentración de poder que los médicos logran como resultado del así llamado proceso de medicalización de la sociedad han provocado un impacto en las historias de la prostitución y del alcoholismo en la región. Así, enfermedades venéreas como la sífilis o la gonorrea son tópicos inevitables aunque no centrales en muchas de esas historias enfocadas, las más de las veces, en el análisis de los esfuerzos estatales por controlar el contagio de esos males, regular o prohibir el sexo comercial e intentar modelar la sexualidad de las prostitutas (Engel, 1989; Esteves, 1989; Rago, 1991; Guy, 1991; Findlay, 1999; Obregón, 2002). Así, también el alcoholismo, en algunos lugares considerado como una enfermedad endémica por la medicina diplomada, ha sido discutido no sólo como un ejemplo de las limitaciones de la práctica y saber médicos y de la propia medicalización, sino también como un caso donde las dimensiones sociales, culturales, económicas y políticas del problema son más relevantes que las específicamente médicas o psiquiátricas (Menéndez, 1990; Fonseca Ariza, 2000; Barrancos, 1996b).

Fue en el marco de estos esfuerzos por historiar el proceso de medicalización que se han explorado las respuestas de los sectores populares urbanos frente a las prácticas compulsivas e intrusivas originadas en las iniciativas de salud pública. En el caso de la vacunación antivariólica, algunos quisieron encontrar en esas respuestas populares motivaciones antigubernamentales articuladas como reacciones morales, como evidencias del modo en que sectores de la elite manipularon el descontento de las masas o como resistencias a determinadas políticas sanitarias (Carvalho, 1987; Needell, 1987; Meade, 1986). Otros analizaron en detalle los avatares de la vacunación antivariólica, y las percepciones y tradiciones de ciertos grupos raciales en relación con el control de la viruela. Así, lo que estos estudios están revelando es que no sólo las resistencias a ciertas iniciativas en materia de salud pública fueron indicativas de la distancia social, racial, cultural, religiosa y política que separaba a los pobres de los esfuerzos del Estado por higienizar el medio urbano, sino también que las medidas preventivas de una enfermedad pueden tener distintos significados entre distintos sectores sociales (Meihy & Bertolli Filho, 1990; Chaloub, 1996; Liscia, 2002b).

En el caso de los enfermos con tuberculosis, se ha indicado su capacidad de respuesta tanto en el plano individual como en el colectivo. En el individual, se estudiaron los modos con que los tuberculosos recusaban los estereotipos que sobre ellos circulaban, tanto entre grupos de médicos como entre la gente común. En el colectivo, se analizaron instancias en que los enfermos negociaron e incluso desafiaron al poder médico organizando huelgas, presionando a la clase política, usando y siendo usados por los diarios, revistas y por la radio con el objeto de facilitar su acceso a tratamientos que no tenían el aval del *establishment* profesional y académico (Bertolli Filho, 1999, 2001; Armus, 1999). Los enfermos de cáncer también protagonizaron movimientos sociales orientados a tener acceso a drogas que, ellos creían, eran efectivas (Ipola, 2002).

También los enfermos de fiebre amarilla, cólera y malaria resistieron medidas de salud pública que evaluaban como inefectivas o contrarias a sus percepciones de la enfermedad, resultado de una mezcla de saberes indígenas e hipocráticos (Cueto, 1997; Goldman, 1990). Al final, estos estudios sobre la viruela, la tuberculosis, el cáncer, la malaria, el cólera y la fiebre amarilla parecen estar indicando por lo menos tres asuntos. En primer lugar, la aceptación, resistencia o abierto empeño por acceder a tratamientos y recursos ofrecidos por las intervenciones de salud pública y prácticas médicas de acuerdo a condiciones dadas por el contexto local, cultural y específico de cada enfermedad. En segundo lugar, la necesidad de estudiar las intervenciones de salud pública y su receptividad en la población en el corto y largo plazo, prestando atención no sólo a las coyunturas de contestación sino también a su exitosa –y por esa razón menos estudiada y al mismo tiempo más obvia– incorporación en las prácticas de la gente común. Por último, la existencia de un cierto grado de protagonismo por parte de los enfermos y, en ese sentido, la necesidad de reconocerlos como sujetos históricos, y no meramente como blancos inermes del saber y de las prácticas médicas. Estos problemas son relevantes porque dan cuenta de la presencia de la cuestión de la enfermedad y la salud en el complejo proceso de ampliación de la ciudadanía social y también de lo que, de modo impreciso en el entresiglo y mucho más claramente una vez entrado el siglo XX, se dio en llamar, en algunos países de la región, 'derechos a la salud'. Pero si el protagonismo de los enfermos no puede ni debe ignorarse, su relevancia y significación deben ser materia de cuidadosa reflexión. Nada indica que durante la primera mitad del siglo XX los temas de la salud, la enfermedad y los equipamientos sanitarios hayan sido centrales en la agenda del movimiento obrero o motor sostenido de movimientos sociales. Sólo cuando la enfermedad se diluye en otros problemas –la larga lucha por la reducción de la jornada laboral, las condiciones ambientales de trabajo y los esfuerzos organizativos de ayuda mutua de origen étnico o laboral– o cuando una patología está asociada a ciertas ocupaciones –como es el caso de las así llamadas enfermedades profesionales– esa correlación es hasta cierto punto pertinente. Por fuera de estos escenarios, el protagonismo limitado pero real de los enfermos, de los que pueden enfermarse o de los que son blanco de las intervenciones de saneamiento no permite concluir que se trata de actores influyentes en la gestación de políticas de salud. Lo que sí revela, una vez más, es la complejidad de las relaciones entre quienes quieren curar y quienes necesitan curarse, y las variadas per-

cepciones y recursos que circulan en torno de una enfermedad y que exceden holgadamente el mundo de la medicina diplomada.

Este mismo interés por la perspectiva de los enfermos y los pacientes jerarquizó el estudio de las percepciones sobre la enfermedad, la salud, el cuerpo y la muerte entre distintos grupos étnicos, raciales o sociales. Aún cuando muchos de estos estudios se proponen como excursiones al interior de las medicinas folklóricas y alternativas al saber diplomado y oficial, no faltan los que apuntan a señalar que la gente usa –incluso para objetivos que exceden los vinculados al cuidado y la asistencia– diferentes sistemas de atención y de salud. En otras palabras, se constata la coexistencia, y no mutua exclusión, de varios sistemas de salud que, según las circunstancias, aparecen como las referencias de atención dominantes. Este enfoque, que se preocupa por el empleo que la gente común hacía de las ofertas de atención provenientes del campo de la medicina diplomada y de la popular, ha comenzado a tener un lugar en la historiografía. Así, se han estudiado las trayectorias de profesionales marginados que recurren a la prensa y al apoyo de los enfermos para hacerse de un lugar público que el *establishment* académico y profesional les niega; el de curanderos capaces de usar discrecionalmente posturas, prácticas y terminología propias de la medicina oficial; el de médicos diplomados que se acercan a los modos de atención y prácticas de los curanderos. Lo más interesante de estos desarrollos es el reconocimiento de que entre esos dos mundos –el de la medicina diplomada y las medicinas alternativas y populares– hay intercambios, superposiciones, competencia y complementariedad (Palmer, 2002, 2003; Crandon-Malamud, 1991; Zulawski, 2000; Scheper-Hughes, 1992; Módena, 1990; Beltrão, 2000; Loyola, 1984; Teixeira Weber, 1999; Sowell, 2001, 2002; Liscia, 2003; Armus, 1999).

Otros estudios, alejándose en forma premeditada de una agenda armada en torno a lo culturalmente exótico y folklórico, jerarquizaron el impacto en comunidades rurales o semirrurales de las experiencias laborales modernas, el nivel de ingresos y las relaciones de clase como los factores claves en los modos en que la gente común percibe y confronta los problemas de la salud y la enfermedad. Así, la relevancia social de eventos médicos modernos queda enmarcada en un contexto político y económico y en una coyuntura temporal específicos. Con esa agenda, un estudio encontró una fuerte correlación entre pobreza y Sida (Farmer, 1992, 2002). Y analizando la emergencia de movimientos sociales de las décadas de 1970 y 1980 enfocados en salud ocupacional y salud medioambiental, se ha subrayado el carácter moderno de las percepciones y acciones de quienes, prescindiendo de categorías humorales, religiosas o propias de la medicina popular, encontraron en la polución industrial el origen de la enfermedad que les aquejaba (Susser, 1985).

****

La historia de la enfermedad en la historiografía de la América Latina moderna ha crecido de modo desparejo. En Brasil, el subcampo existe como tal. Hay revistas académicas, debates, una producción sostenida de tesis de maestría y doctorado sobre temas vinculados a la enfermedad, así como centros de estudios, programas de estudios de posgrado, instituciones y archivos que han definido su agenda de trabajo e investigación en torno a las relaciones entre la ciencia, la medicina, la historia y la salud. En el resto de América Latina –incluso entre los países grandes y medianos– el balance es muchísimo más modesto y el cuadro resultante destaca publicaciones periódicas aún en proceso de consolidación, iniciativas individuales, y una suerte de puntillismo que no puede ofrecer más que, en el mejor de los casos, una media docena de trabajos para un cierto tema.

Sin pretensiones de exhaustividad –y ciertamente más abundante en referencias para el caso argentino que para el resto de los países de la región, simplemente porque es el que conozco más y no porque allí la producción sea particularmente relevante–, estas notas hicieron referencia a legados y tendencias que han animado y animan el crecimiento de la historiografía sobre la enfermedad en la América Latina moderna. Es evidente que sus desarrollos, limitaciones y posibilidades están motorizados por temas y preocupaciones que no son exclusivamente latinoamericanas. Así, cualquier intención o tentación de evaluar la historiografía de la enfermedad en la región centrándose única o prioritariamente en las enfermedades tropicales no sólo es sesgada y parcial, sino también incapaz de reconocer la diversidad latinoamericana. No hay dudas de que el estudio de las enfermedades tropicales es relevante y necesario tanto por el peso que tuvo en los centros académicos imperiales como por las tensiones que acompañaron la llegada de esos saberes y prácticas a la periferia. Pero América Latina es algo más que un mundo con geografías, culturas, razas y patologías asociadas frecuentemente al exotismo tropical. En América Latina, incluso en sus trópicos, otras enfermedades han dejado, dejan y seguirán dejando una ostensible marca en la trama social, cultural y demográfica.

El cuadro que emerge de esta revisión de los legados y tendencias de la historiografía sobre la enfermedad en América Latina moderna es, en consecuencia, uno donde junto a los males del trópico se destacan otros asociados a los modernos procesos de urbanización e industrialización. No hay dudas que esta historiografía está tomando nota de la heterogeneidad de la región. Por eso, mientras no olvida la compartida condición neocolonial que ha marcado a todas las experiencias nacionales en el último siglo y medio –con múltiples y cambiantes referencias metropolitanas– indica, sin ambages, que América Latina es parte de las muchas, en plural, modernidades de occidente.

Referencias Bibliográficas

ABEL, Ch. *Health, Hygiene, and Sanitation in Latin America, 1870-1950.* London: Institute of Latin American Studies, University of London, 1986.

ABEL, Ch. *Health Care in Colombia, c. 1920-c.1950: a preliminary analysis.* London: Institute of Latin American Studies, 1994.

ADAMO, S. The sick and the dead: epidemic and contagious disease in Rio de Janeiro, Brazil. In: PINEO, R. & BAER, J. (Eds.) *Cities of Hope: people, protests, and progress in urbanizing Latin America, 1870-1930.* Boulder, CO: Westview Press, 1998.

AGOSTONI, C. Cultura higiénica y su representación oficial en la Ciudad de México. *Históricas - Boletín del Instituto de Investigaciones Históricas,* 48:41-63, 1997.

AGOSTONI, C. Sanitation and public works in late Nineteenth century Mexico City. *Quipu - Revista Latinoamericana de Historia de las Ciencias y la Tecnología,* 12, 2:187-201, 1999.

AGOSTONI, C. Mexican hygienists and the political and economic elite during the Porfirio Díaz regime: the case of Mexico City, 1876-1910. In: BOURDELAIS, P. (Ed.) *Les Hygienists: enjeux, modèles et pratiques.* Paris: Belin, 2001.

AGOSTONI, C. *Monuments of Progress: modernization and public health in Mexico City, 1876-1910.* Calgary: University of Calgary Press, 2003.

AGUEROS, N. & ERASO, Y. Saber psiquiátrico e institución manicomial: hacia una comprensión de las estrategias de "moralización" en el Asilo Colonia de Oliva (Córdoba, 1914-1934). *Cuadernos de Historia,* 2:7-26, 2000.

ALVAREZ, A. & REYNOSO, D. *Médicos e Instituciones de Salud: Mar del Plata, 1870-1960.* Mar del Plata: Hisa/Universidad Nacional de Mar del Plata, 1995.

ARMUS, D. Enfermedad, ambiente urbano e higiene social. Rosario entre fines del siglo XIX y comienzos del XX In: ARMUS, D. (Ed.) *Sectores Populares y Vida urbana.* Buenos Aires: Clacso, 1984.

ARMUS, D. La idea del verde en la ciudad moderna. Buenos Aires, 1870-1940. *Entrepasados. Revista de Historia,* 10:9-22, 1995a.

ARMUS, D. O discurso da regeneração: espaço urbano, utopías e tuberculose na Buenos Aires, 1870-1930. *Estudos Históricos,* 16, 235-250, 1995b.

ARMUS, D. Salud y anarquía: la tuberculosis en el discurso libertario argentino, 1870-1940. In: LOBATO, M. (Ed.) *Política, Médicos y Enfermedades: lecturas de historia de la salud en la Argentina.* Buenos Aires: Biblos, Universidad Nacional de Mar del Plata, 1996.

ARMUS, D. De "médicos dictadores" y "pacientes sometidos": los tuberculosos en acción. Argentina, 1920-1940. *Allpanchis,* XXXI, 53:219-253, 1999.

ARMUS, D. El descubrimiento de la enfermedad como problema social. In: LOBATO, M. (Ed.) *El Progreso, la Modernización y sus Limites: nueva historia argentina.* Buenos Aires: Sudamericana, 2000a.

ARMUS, D. Consenso, conflicto y liderazgo en la lucha contra la tuberculosis. Buenos Aires, 1870-1950. In: SURIANO, J. (Ed.) *La Cuestión Social en la Argentina, 1870-1943.* Buenos Aires: La Colmena, 2000b.

ARMUS, D. El viaje al centro: tísicas, costureritas y milonguitas en Buenos Aires (1910-1940). In: ARMUS, D. (Ed.) *Entre Médicos y Curanderos: cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna.* Buenos Aires: Norma, 2002.

ARMUS, D. La enfermedad en la historiografía de América Latina moderna - Disease in the historiography of modern Latin America. In: ARMUS, D. (Ed.) *Disease in the History of Modern Latin America: from malaria to Aids.* Durham, London: Duke University Press, 2003.

ARMUS, D. & BELMARTINO, S. Enfermedades, médicos y cultura Higiénica. In: CATTARUZZA, A. (Ed.) *Los Años Veinte: nueva historia argentina.* Buenos Aires: Sudamericana, 2001.

ARONNA, M. *"Pueblos enfermos": the discourse of illness in the turn-of-the-century spanish and latin american essay.* Chapel Hill: Studies in the Romance Language and Literatures, 1999.

AZEVEDO, N. de B. La dansarina: a gripe espanhola e o cotidiano na cidade do Rio de Janeiro. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, IV(1):11-30, 1997.

BALÁN, J. *Cuéntame tu Vida: una biografía colectiva del psicoanálisis argentino*. Buenos Aires: Planeta, 1991.

BARRÁN, J. *Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental, 1994. 3 vols.

BARRANCOS, D. *La Escena Iluminada: ciencia para trabajadores, 1890-1930*. Buenos Aires: Plus Ultra, 1996a.

BARRANCOS, D. Socialismo, higiene y profilaxis social, 1900-1930. In: LOBATO, M. (Ed.) *Política, Médicos y Enfermedades: lecturas de historia de la salud en la Argentina*. Buenos Aires: Biblos, Universidad Nacional de Mar del Plata, 1996b.

BASTIEN, J. *Drums and Stethoscope: integrating ethnomedicine and biomedicine in Bolivia*. Salt Lake City: University of Utah Press, 1992.

BELMARTINO, S. La Emergencia del Estado Social en la Argentina: construcción de Nuevas relaciones Estado/sociedad en salud. In: ALVAREZ, A.; MOLINARI, I. & REYNOSO, D. (Eds.) *Historias de Enfermedades, Salud y Medicina en la Argentina del Siglo XIX-XX*. Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata, 2004.

BELMARTINO, S. et al. *Corporación Médica y Poder en Salud: Argentina, 1920-1945*. Buenos Aires: OPS, 1988.

BELMARTINO, S. et al. *Fundamentos Históricos de la Construcción de Relaciones de Poder en el Sector Salud. Argentina, 1940-1960*. Buenos Aires: OPS/OMS, 1991.

BELTRÃO, J. A arte de curar dos profissionais de saúde popular em tempo de cólera: Grão-Pará do século XIX. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, VI:833-866, 2000.

BENCHIMOL, J. *Dos Micróbios aos Mosquitos: febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Editora UFRJ, 1999.

BENCHIMOL, J. & TEIXEIRA, L. *Cobras, Lagartos e outros Bichos: uma história comparada dos Institutos Oswaldo Cruz e Butantan*: Rio de Janeiro: Editora UFRJ, Casa Oswaldo Cruz, 1993.

BERTOLLI FILHO, C. Antropologia da doença e do doente: percepções e estratégias da vida dos tuberculosos. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, VI(3):493-522, 1999.

BERTOLLI FILHO, C. *História Social da Tuberculose e do Tuberculoso: 1900-1950*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

BILLOROU, M. J. La creación de la sociedad de puericultura de Buenos Aires. In: ALVAREZ, A.; MOLINARI, I. & REYNOSO, D. (Eds.) *Historias de Enfermedades, Salud y Medicina en la Argentina del Siglo XIX-XX*. Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata, 2004.

BIRN, A. Revolution, the scatological way: the Rockefeller Foundation"s hookworm campaign in 1920s México. In: ARMUS, D. (Ed.) *Disease in the History of Modern Latin America: from malaria to Aids*. Durham, London: Duke University Press, 2003.

BIRN, A. & SOLÓRZANO, A. The hook of hookworm: public health and the politics of eradication in Mexico. In: CUNNINGHAM, A. & ANDREWS, B. (Eds.) *Western Medicine as Contested Knowledge*. Manchester: Manchester University Press, St. Martin Press, 1997.

BLISS, K. The science of redemption: syphilis, sexual promiscuity and reformism in revolutionary Mexico City. *Hispanic American Historical Review*, 79(1):1-40, 1999.

BLISS, K. Between risk and confession: State and popular perspectives of syphilis infection in revolutionary Mexico. In: ARMUS, D. (Ed.) *Disease in the History of Modern Latin America: from malaria to Aids*. Durham, London: Duke University Press, 2003.

BLUM, A. Public welfare and child circulation, Mexico City, 1877-1925. *Journal of Family History*, 23(3):240-271, 1998.

BLUM, A. Dying from sadness: hospitalism and child welfare in Mexico City, 1920-1940. In: ARMUS, D. (Ed.) *Disease in the History of Modern Latin America: from malaria to Aids*. Durham, London: Duke University Press, 2003.

BORGES, D. "Puffy, ugly, slothful and inert": degeneration in Brazilian social thought, 1880-1940. *Journal of Latin American Studies*, 25(2):235-256, 1993.

BRIGGS, Ch. & MANTINI-BRIGGS, C. *Stories in the Time of Cholera: racial profiling during a medical nightmare*. Berkeley: University of California Press, 2003.

CAÑIZARES, J. Entre el ocio y la feminización tropical: ciencia, elites y Estado-nación en Latinoamérica. Siglo XIX. *Asclepio* L(2):11-31, 1998.

CANO, B. La influenza española en Tlaxcala (1918). In: MALVIDO, E. & MORALES, M. (Eds.) *Historia de la Salud en México*. México, D.F.: NAH, 1996.

CAPONI, S. Trópicos, microbios y vectores. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 9(supl.):111-138, 2002.

CARBONETTI, A. *Enfermedad y Sociedad: la tuberculosis en la ciudad de Córdoba, 1906-1947*. Córdoba: Emecor, 1998.

CARRARA, S. *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

CARRARA, S. *Crime e Loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século*. Rio de Janeiro, São Paulo: Eduerj, Edusp, 1998.

CARRILLO, A. Nacimiento y muerte de una profesión: parteras diplomadas en México. *Dynamis - Acta Hispánica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 19:167-190, 1999.

CARRILLO, A. M. Economía, política y salud pública en el México porfiriano, 1876-1910. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 9(supl.):67-88, 2002.

CARVALHO, J. M. de. *Os Bestializados: o Rio de Janeiro e a república que não foi*. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

CASTRO SANTOS, L. Estado e saúde pública no Brasil (1889-1930). *Dados - Revista de Ciências Sociais*, 23(2):237-250, 1980.

CASTRO SANTOS, L. O pensamento sanitarista na Primeira República: uma Ideologia de construção da nacionalidade. *Dados - Revista de Ciências Sociais* 28(2):193-210, 1985.

CASTRO SANTOS, L. A reforma sanitária "pelo alto": o pioneirismo paulista no início de século XX. *Dados - Revista de Ciências Sociais*, 36(3):361-392, 1993.

CHALOUB*, S. Cidade Febril: cortiços e epidemias na corte imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

CHOMSKY, A. *West Indian Workers and the United Fruit Company in Costa Rica, 1870-1940*. Baton Rouge, London: Louisiana State University Press, 1996.

COELHO, E. C. *As Profissões Imperiais: medicina, engenharia e advocacia no Rio de Janeiro (1822-1930)*. Rio de Janeiro: Record, 1999.

CONTRERA CRUZ, C. Ciudad y salud en el porfiriato: la política urbana y de saneamiento de Puebla, 1880-1906. *Siglo XIX*, 1(3):55-76, 1992.

COSTA, N. R. *Lutas Urbanas e Controle Sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1985.

COUTINHO, M. Ninety years of Chagas' disease: a success story in the periphery. *Social Studies of Science*, 29(4):519-549,1999.

COUTINHO, M. Tropical medicine in Brazil: the case of Chagas' disease. In: ARMUS, D. (Ed.) *Disease in the History of Modern Latin America: from malaria to Aids*. Durham, London: Duke University Press, 2003.

CRANDON-MALAMUD, L. *From the Fat of our Souls: social change, political process, and medical pluralism in Bolivia*. Berkeley: University of California Press, 1991.

CUETO, M. *Excelencia Científica en la Periferia: actividades científicas e investigación biomédica en el Perú, 1890-1950*. Lima: Tarea, 1989.

CUETO, M. (Ed.) *Missionaries of Science: the Rockefeller Foundation in Latin America*. Bloomington: Indiana University Press, 1994.

CUETO, M. Tropical medicine and bacteriology in Boston and Peru: studies of carrion's disease in the early Twentieth century. *Medical History*, 40:344-364, 1996.

CUETO, M. *El Regreso de las Epidemias: salud y sociedad en el Perú del siglo XX*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos, 1997.

CUETO, M. El rastro del Sida en el Perú. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 9(supl.):17-40, 2002.

CUETO, M. Stigma and blame during an epidemic: cholera in Peru, 1991. In: ARMUS, D. (Ed.) *Disease in the History of Modern Latin America: from malaria to Aids*. Durham, London: Duke University Press, 2003.

DANTES, M. A (Org.) *Espaços da Ciência no Brasil, 1800-930*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

DÍAZ-BRIQUETS, S. *The Health Revolution in Cuba*. Austin: The University of Texas Press, 1983.

HERNÁNDEZ LLAMAS, H. (Ed.) *La Atención Rural Primaria en México, 1930-1980*. México D.F.: IMSS, 1984.

EDLER, F. C. O debate em torno da medicina experimental no Segundo Reinado. *História, Ciência Saúde - Manguinhos*, III(2):284-299, 1996.

ENGEL, M. *Meretrizes e Doutores: o saber médico e a prostituição na cidade do Rio de Janeiro, 1840-1890*. Rio de Janeiro: Brasiliense, 1989.

ENGEL, M. *Os Delírios da Razão: médicos, loucos e hospícios, Rio de Janeiro, 1830-1930*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

ESCUDÉ, C. Health in Buenos Aires in the second half of the Nineteenth century. In: PLATT, D. (Ed.) *Social Welfare, 1850-1950: Australia, Argentina and Canada compared*. London: The Macmillan Press, 1989.

ESTEVES, M. A. *Meninas Perdidas: os populares e o cotidiano do amor no Rio de Janeiro da Belle Epoque*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

FARMER, P. *Aids and Accusation: Haiti and the geography of blame*. Berkeley: University of California Press, 1992.

FARMER, P. Brujería, política y concepciones sobre el Sida en el Haití rural. In: ARMUS, D. (Ed.) *Entre Médicos y Curanderos: cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna*. Buenos Aires: Norma, 2002.

FERNANDES, T. *Vacina Antivariólica: ciência, técnica e o poder dos homens, 1808-1920*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

FINDLAY, E. S. *Imposing Decency: the politics of sexuality in Puerto Rico, 1870-1920*. Durham, London: Duke University Press, 1999;

FLORESCANO, E. & MALVIDO, E. (Eds.) *Ensayos sobre la Historia de las Epidemias en México*. México D.F.: Instituto Mexicano del Seguro Social, 1982.

FONSECA ARIZA, J. Alcoholismo y modernización en el Perú, 1900-1930. *Histórica*, 24(2):327-364, 2000.

FRANCO AGUDELO, S. *El Paludismo en América Latina*. Guadalajara: Editorial de la Universidad de Guadalajara, 1990.

FREIRE COSTA, J. *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GARCÍA, J. La medicina estatal en América Latina (1880-1930). *Revista Latinoamericana de Salud*, 1:70-110, 1981.

GARCÍA, J. *Pensamiento Social en Salud en América Latina*. México, D.F.: Interamericana McGraw Hill, OPS, 1994.

GARCÍA-HUERTAS, R. *El Delincuente y su Patología: medicina, crimen y sociedad en el positivismo argentino*. Madrid: Cuadernos Galileo, CSIC, 1991.

GOLDMAN, N. El levantamiento de montoneras contra "gringos" y "masones" en Tucumán, 1887: tradición oral y cultura popular. *Boletín del Instituto de Historia Argentina y Americana Dr. Emilio Ravignani*, 2:47-74, 1990.

GONZÁLEZ LEANDRI, R. *Curar, Persuadir, Gobernar: la construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires, 1852-1886.* Madrid: CSIC, 1999.

GUY, D. *Sex and Danger in Buenos Aires: prostitution, family and nation in Argentina*. Lincoln: University of Nebraska Press, 1991.

GUY, D. The Pan American Child Congresses, 1916-1942: pan americanism, child reform, and the welfare State in Latin America. *Journal of Family History*, 23(3):272-291, 1998.

HALPERÍN, P. Mi mamá me mima: mujeres, médicas y socialistas en Unión y Labor. In: ACHA, O. & HALPERIN, P. (Eds.) *Cuerpos, Géneros, Identidades: estudios de historia de género en Argentina*. Buenos Aires: Ediciones del Signo, 2000.

HOCHMAN, G. *A Era do Saneamento: as bases da política da saúde pública no Brasil.* São Paulo: Hucitec, Anpocs, 1998.

HORN, J. The Mexican revolution and health care, or the health of the Mexican Revolution. *Latin American Perspectives*, 10(4):24-39, 1983.

ILLANES, M. *"En Nombre del Pueblo, del Estado y de la Ciencia": historia social de la salud pública. Chile 1880-1973.* Santiago de Chile: Colectivo de Atención Primaria, 1993.

IPOLA, E. de. Estrategias de la creencia en situaciones críticas: el cáncer y la crotoxina en Buenos Aires a mediados de los años 80. In: ARMUS, D. (Ed.) *Entre Médicos y Curanderos: cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna*. Buenos Aires: Norma, 2002.

KOHN LONCARICA, A. & AGUERO, A. El contexto médico. In: BIAGINI, H. *El Movimiento Positivista Argentino*. Buenos Aires: Editorial de Belgrano, 1985.

LARVIE, P. Nation, science, and sex: Aids and the new Brazilian sexuality. In: ARMUS, D. (Ed.) *Disease in the History of Modern Latin America: from malaria to Aids*. Durham, London: Duke University Press, 2003.

LEINER, M. *Sexual Politics in Cuba: machismo, homosexuality and Aids*, Boulder, CO: Westview Press, 1993.

LEONARD, J. Carlos Finlay's life and death of yellow jack. *Bulletin of the Pan American Health Organization*, 23:438-452, 1989.

LISCIA, M. S. di. Hijos sanos y legítimos: sobre matrimonio y asistencia social en Argentina (1935-1948). *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 9(supl.):209-232, 2002a.

LISCIA, M. S. di. Viruela, vacunación e indígenas en la pampa Argentina del siglo XIX. In: ARMUS, D. (Ed.) *Entre Médicos y Curanderos: cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna*. Buenos Aires: Norma, 2002b.

LISCIA, M. S. di. *Saberes, Terapias y Prácticas Médicas en Argentina (1750-1910)*, Madrid: CSIC, 2003.

LÓPEZ SÁNCHEZ, O. *Enfermas, Mentirosas y Temperamentales: la concepción médica del cuerpo femenino durante la segunda mitad del siglo XIX*. México, D.F.: Plaza y Valdés, 1998.

LOSSIO, J. *Acequias y Gallinazos: salud ambiental en la Lima del siglo XIX*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos, 2003.

LOYOLA, M. *Médicos e Curandeiros: conflito social e saúde*. São Paulo: Difel, 1984.

MACHADO, R. et al. *Danação da Norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil.* Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MANARELLI, M. E. *Limpias y Modernas: género, higiene y cultura en la Lima del Novecientos*. Lima: Ediciones Flora Tristán, 1999.

MARIÁTEGUI, J. (Ed.) *La Psiquiatría en América Latina*. Buenos Aires: Losada, 1989.

MARQUES, M. C. da C. Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. *História, Ciências Saúde - Manguinhos*, 9(supl.):41-66, 2002.

MARTÍNEZ-VERGNE, T. *Shaping the Discourse on Space: charity and its wards in Nineteenth-century San Juan, Puerto Rico*. Austin: University of Texas Press, 1999.

MEADE, T. Civilizing Rio de Janeiro: the public health campaign and the riot of 1904. *Journal of Social History*, 20(2):301-332, 1986.

MEADE, T. *"Civilizing" Rio: reform and resistance in a Brazilian city, 1889-1930.* University Park, PA: Penn State Press, 1997.

MEIHY, J. S. & BERTOLLI FILHO, C. História social da saúde: opinião pública *versus* poder - a Campanha da Vacina, 1904. *Estudos Cedhal*, 5, 1990.

MENÉNDEZ, E. *Morir de Alcohol: saber y hegemonía médica.* México, D.F.: Alianza Editorial Mexicana, 1990.

MÓDENA, M. E. *Madres, Médicos y Curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica.* México, D.F.: Ciesas, 1990.

MORGAN, L. *Community Participation in Public Health: the politics of primary care in Costa Rica.* Cambridge: Cambridge University Press, 1993.

MURDOCK, C. Physicians, the State and public health in Chile, 1881-1891. *Journal of Latin American Studies*, 27:551-567, 1995.

NARANJO OSORIO, C. & GARCÍA GONZÁLEZ, A. *Medicina y Racismo en Cuba: la ciencia ante la inmigración canaria en el siglo XX.* La Laguna, Tenerife: Taller de Historia, 1996.

NARI, M. Las prácticas anticonceptivas, la disminución de la natalidad y el debate médico en la Argentina, 1890-1940. In: LOBATO, M. (Ed.) *Política, Médicos y Enfermedades: lecturas de historia de la salud en la Argentina.* Buenos Aires: Biblos, Universidad Nacional de Mar del Plata, 1996.

NAVARRO, V. The underdevelopment of health or the health of underdevelopment: an analysis of the distribution of human resources in Latin America. *International Journal of Health Services*, 4(1):5-27, 1994.

NEEDELL, J. "The Revolta contra a Vacina of 1904": the Revolt against "modernization" in "Belle Epoque" Rio de Janeiro. *Hispanic American Historical Review*, 67(2):233-269, 1987.

NOUZEILLES, G. Políticas médicas de la histeria: mujeres, salud y representación en el Buenos Aires del Fin de Siglo. *Mora. Revista del Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género*, 5:97-112, 1999.

NOUZEILLES, G. *Ficciones Somáticas: naturalismo, nacionalismo y políticas del cuerpo (Argentina 1880-1910).* Rosário: Beatriz Viterbo, 2000.

NOUZEILLES, G. An imaginary plague in turn-of-the-century Buenos Aires: hysteria, discipline, and languages of the body. In: ARMUS, D. (Ed.) *Disease in the History of Modern Latin America: from malaria to Aids.* Durham, London: Duke University Press, 2003.

NUNES, E. D. Sobre a história da saúde pública: idéias e autores. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2):251-264, 2000.

OBREGÓN, D. De "árbol maldito" a "enfermedad curable": los médicos y la construcción de la lepra en Colombia, 1884-1939. In: CUETO, M. (Ed.) *Salud, Cultura y Sociedad en América Latina: nuevas perspectivas históricas.* Lima: IEP/OPS, 1996.

OBREGÓN, D. Médicos, prostitución y enfermedades venéreas en Colombia (1886-1951). *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 9(supl.):161-186, 2002.

OLIVER, L. El cólera y los barrios de Guadalajara. In: CUETO, M. (Ed.) *Salud, Cultura y Sociedad en América Latina: nuevas perspectivas históricas.* Lima: IEP/OPS, 1996.

PALMA, H. *"Gobernar es Seleccionar": apuntes sobre la eugenesia.* Buenos Aires, Jorge Baudino Ediciones, 2002.

PALMER, S. Central american encounters with Rockefeller public health, 1914-1921. In: GILBERT, J.; LEGRAND, C. &SALVATORE, R. (Eds.) *Close Encounters of Empire: writing the cultural history of U.S.-Latin America relations.* Durham, London: Duke University Press, 1998.

PALMER, S. La voluntad radiante del profesor Carbell: medicina popular y populismo médico en Costa Rica en el decenio de 1930. In: ARMUS, D. (Ed.) *Entre Médicos y Curanderos: cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna.* Buenos Aires: Norma, 2002.

PALMER, S. *From Popular Medicine to Medical Populism: doctors, healers, and public power in Costa Rica, 1880-1940.* Durham, London: Duke University Press, 2003.

PARKER, R. *Políticas, Instituições e Aids: enfrentando a epidemia no Brasil.* Rio de Janeiro: Abia, Jorge Zahar Editor, 1997.

PARKER, D. Civilizando la ciudad de los reyes: higiene y vivienda en Lima, 1890-1920. In: ARMUS, D. (Ed.) *Entre Médicos y Curanderos: cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna*. Buenos Aires: Norma, 2002.

PEARD, J. *Race, Place and Medicine: the idea of the tropics in Nineteenth-century Brazilian medicine.* Durham, London: Duke University Press, 1999.

PEDRAZA GÓMES, Z. La difusión de una dietética moderna en Colombia: la revista *Cromos* entre 1940 y 1986. In: ARMUS, D. (Ed.) *Entre Médicos y Curanderos: cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna*. Buenos Aires: Norma, 2002.

PEREIRA NETO, A. *Ser Médico no Brasil: o presente no passado*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

PETRAGLIA KROPF, S. et al. Doença de Chagas: a construção de um fato científico e de um problema de saúde pública no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2):347-365, 2000.

PINEO, R. Misery and death in the pearl of the Pacific: health care in Guayaquil, Ecuador, 1870-1925. *Hispanic American Historical Review*, 70:609-638, 1990.

PINEO, R. Public health care in Valparaíso, Chile. In: PINEO, R. & BAER, J. (Eds.) *Cities of Hope: people, protests, and progress in urbanizing Latin America, 1870-1930,* Boulder, CO: Westview Press, 1998.

PITA, V. La ciencia o la costura: pujas entre médicos y matronas por el dominio institucional. Buenos Aires, 1880-1900. In: ALVAREZ, A.; MOLINARI, I. & REYNOSO, D. (Eds.) *Historias de Enfermedades, Salud y Medicina en la Argentina del Siglo XIX-XX*. Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata, 2004.

PLOTKIN, M. *Freud in the Pampas*: *fhe formation of a psychoanalytic culture in Argentina (1910-1983).* Stanford: Stanford University Press, 2001.

PORTO, A. A vida inteira que podia ter sido e que não foi: trajetória do um poeta tísico. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, VI:523-550, 1999.

PRIETO, A. Rosario: epidemias, higiene e higienistas en la segunda mitad del siglo XIX. In: LOBATO, M. (Ed.) *Política, Médicos y Enfermedades: lecturas de historia de la salud en la Argentina*. Buenos Aires: Biblos, Universidad Nacional de Mar del Plata, 1996.

QUEVEDO VÉLEZ, E. et al. Ciencias médicas, Estado y salud en Colombia. *Historia Social de la Ciencia en Colombia*. Bogotá: Tercer Mundo, 1993. Vol. 8.

RAGO, M. *Os Prazeres da Noite: prostituição e códigos de sexualidade feminina em São Paulo, 1890-1930*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

RAMÍREZ DE ARELLANO, A. & SEIPP, C. *Colonialism, Catholicism, and Contraception: a history of birth control in Puerto Rico.* Chapel Hill: University of North Carolina Press, 1983.

RECALDE, H. *La Salud de los Trabajadores en Buenos Aires (1870-1910) a través de las Fuentes Médicas*. Buenos Aires: Grupo Editor Universitario, 1997.

RIVERA-GARZA, C. Dangerous minds: changing psychiatric views of the mentally Ill in Porfirian México, 1876-1911. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences,* 56(1):36-67, 2001.

RIVERA-GARZA, C. La vida en reclusión: cotidianidad y Estado en el Manicomio General La Castañeda (México), 1919-1930. In: ARMUS, D. (Ed.) *Entre Médicos y Curanderos: cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna*. Buenos Aires: Norma, 2002.

ROSENBERG, C. Framing disease: illness, society, and history. In: ROSENBERG, C. & GOLDEN, J. (Eds.) *Framing Disease: studies in cultural history*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 1992.

RUIZ ZEVALLOS, A. *Psiquiatras y Locos: entre la modernización contra los Andes y el nuevo proyecto de modernidad.* Lima: Instituto Pasado y Presente, 1994.

SALESSI, J. *Médicos, Maleantes y Maricas: higiene, criminología y homosexualidad en la construcción de la nación argentina. Buenos Aires: 1871-1914.* Rosario: Beatriz Viterbo Editora, 1995.

SCENNA, M. *Cuando Murió Buenos Aires.* Buenos Aires: La Bastilla, 1974.

SCHEPER-HUGHES, N. *Death without Weeping: the violence of everyday life in Brazil*. Berkeley: University of California Press, 1992.

SCHEPER-HUGHES, N. Aids and the social body. *Social Science and Medicine*, 39(7): 991-1.003, 1994.

SCHWARCZ, L. *O Espetáculo das Raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil, 1870-1930.* São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

SEVCENKO, N. *A Revolta da Vacina: mentes insanas em corpos rebeldes.* São Paulo: Brasiliense, 1984.

SOWELL, D. *The Tale of Healer Miguel Perdomo Neira: medicine, ideologies and power in the Nineteenth-century Andes.* Wilmington, DE: Scholarly Resources, 2001.

SOWELL, D. Andanzas de un curandero en Colombia: Miguel Perdomo Neira y “la lucha entre el buen sentido y la ignorancia ciega”. In: ARMUS, D. (Ed.) *Entre Médicos y Curanderos: cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna*. Buenos Aires: Norma, 2002.

STEPAN, N. *Beginnings of Brazilian Science: Oswaldo Cruz, medical research and policy, 1890-1920.* New York: Science History Publications, 1976.

STEPAN, N. *“The Hour of Eugenics”: race, gender, and nation in Latin America.* Ithaca: Cornell University Press, 1991.

STEPAN, N. “The only serious terror in these regions”: malaria control in the Brazilian Amazon. In: ARMUS, D. (Ed.) *Disease in the History of Modern Latin America: from malaria to Aids*. Durham, London: Duke University Press, 2003.

STERN, A. Responsible mothers and normal children: eugenics and nationalism in post-revolutionary México, 1920-1940. *Journal of Historical Sociology,* 12(4):369-396, 1999.

SUSSER, I. Union Carbide and the community surrounding it: the case of a community in Puerto Rico. *International Journal of Health Services*, 15(4):561-583, 1985.

TELAROLLI, R. Jr. *Poder e Saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo.* São Paulo: Unesp, 1996.

TEIXEIRA WEBER, B. *Medicina, Religião, Magia e Positivismo na República Rio-grandense, 1889-1928.* Bauru, São Paulo: Edusc, 1999.

TRIGO, B. *Subjects of Crisis: race and gender as disease in Latin America.* Hannover: Wesleyan University Press, 2000.

VEZZETTI, H. *La Locura en la Argentina.* Buenos Aires: Folios, 1983.

VEZZETTI, H. El Discurso Psiquiátrico. In: BIAGINI, H. *El Movimiento Positivista Argentino.* Buenos Aires: Editorial de Belgrano, 1985.

VEZZETTI, H. *Aventuras de Freud en el País de los Argentinos: de José Ingenieros a Enrique Pichón Rivière.* Buenos Aires: Paidós, 1996.

YÉPEZ COLMENARES, G. Modernización, medicina, enfermedades y salud pública en la ciudad de Caracas, 1870-1877. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 9(supl.):89-110, 2002.

ZULAWSKI, A. Hygiene and “the indian problem”: ethnicity and medicine in Bolivia, 1910-1920. *Latin American Research Review*, 35(2):107-129, 2000.

ZULAWSKI, A. Mental illness and democracy in Bolivia: the Manicomio Pacheco, 1935-1950. In: ARMUS, D. (Ed.) *Disease in the History of Modern Latin America: from malaria to Aids*. Durham, London: Duke University Press, 2003.

11. HISTÓRIA DA SAÚDE NA AMÉRICA LATINA: O PAPEL DAS CONFERÊNCIAS SANITÁRIAS PAN-AMERICANAS (1902-1958)

Nísia Trindade Lima

Os estudos históricos sobre os processos de saúde e doença na América Latina têm se intensificado nas duas últimas décadas. Balanços sobre as perspectivas historiográficas adotadas, estilos intelectuais e ênfases temáticas demonstram como, sobretudo, o tema das doenças tem despertado o interesse de historiadores e cientistas sociais que o vêem como um posto privilegiado para a observação de questões mais amplas relacionadas com a modernização das sociedades; com a construção material e simbólica do Estado nacional; com diferentes percepções sobre as práticas de cura e com as respostas das sociedades às epidemias.[1]

Uma das tendências na literatura mais recente consiste em conferir maior relevância aos atores, que passaram a ser considerados como sujeitos ativos que têm capacidade de resistência, acomodação, negociação e formulação (Cueto, 1996a). É nessa perspectiva que se insere este texto, que melhor seria apresentado como uma proposta para novas pesquisas e ampliação da agenda de estudos históricos sobre a saúde na América Latina. A principal sugestão que ele apresenta é a de se abordar a interação de atores médicos e sanitaristas em fóruns internacionais promovidos pela Organização Pan-Americana da Saúde: as Conferências Sanitárias Pan-Americanas. Trata-se de chamar atenção para a importância das interações que se estabelecem entre personagens que exerceram liderança científica e, muitas vezes, política nos países latino-americanos e para o modo como esses fóruns contribuíram para o estabelecimento de negociações em torno de controvérsias científicas e também na definição de prioridades e ações em saúde pública. Trata-se também de reconhecer seu papel na difusão de idéias e elaboração de agendas compartilhadas para a saúde nas Américas. Ademais, ao se pensar em perspectivas comparadas para o estudo da saúde na América Latina, há que se reconhecer o fato de, no que concerne às elites médicas, verificar-se um intercâmbio entre os diferentes países, uma vez que no continente organizou-se de forma mais regular a cooperação internacional.

---

[1] Consultei principalmente as resenhas bibliográficas elaboradas por Armus (2003) e Cueto (1996b).

A Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) é não só o mais antigo organismo de cooperação na área da saúde, como também uma das primeiras instituições de cooperação internacional. A saúde foi o setor de atividade em que, em alguma medida, as controvertidas idéias sobre pan-americanismo[2] puderam de alguma forma se expressar. Alguns autores observam que muitos latino-americanos, especialmente na área da saúde, viram o pan-americanismo como um instrumento para os Estados Unidos da América do Norte imporem seu próprio ponto de vista em matéria sanitária e econômica. Não obstante, ao trabalharmos com a perspectiva da interação dos atores e reconhecermos a existência de espaços de negociação, podemos perceber nuances para essa atuação que não se resume a uma imposição direta por parte daquele país.

A delimitação do período de 1902 a 1958 corresponde à fase que se estende da criação da Opas até a XV Conferência Sanitária Pan-Americana, durante a qual as atividades de cooperação técnica eram bastante incipientes e a atuação do organismo se fazia sentir no papel desempenhado pelas Conferências Sanitárias e pelo periódico *Boletim da Oficina Sanitária Pan-Americana*. O texto destaca alguns temas discutidos nas Conferências e que têm um papel relevante para a história da saúde no continente: doenças transmissíveis (especialmente febre amarela); doenças sexualmente transmissíveis; controle e vigilância sanitária e reformas da saúde.

No estudo da atuação da Opas, sugiro que nem sempre o papel desse organismo deve ser aferido pelas influências mais diretas em termos de apoio ou desenvolvimento de programas relevantes nos países. Houve desde as primeiras décadas do século XX crescente intercâmbio entre especialistas e gestores de saúde, e o papel do organismo deve também ser considerado em termos da construção de uma agenda comum e, de certo modo, de uma comunidade de especialistas.

A Saúde como Questão Internacional

O papel desempenhado pela saúde na configuração das relações internacionais a partir da segunda metade do século XIX ainda não foi suficientemente avaliado. A consciência a respeito do mal público[3] representado pelas doenças transmissíveis e da necessidade do estabelecimento de medidas de proteção em níveis nacional e internacional contribuiu para a criação de fóruns e organismos de cooperação em escala mundial. Diferentes explicações poderiam ser enunciadas, mas deve-se destacar o crescente fluxo de mercadorias e pessoas; e, também, de doenças.

[2] O tema merece análise mais cuidadosa, impossível de ser realizada nos limites deste trabalho. Os que o discutem tendem a diferenciar a corrente hispano-americana, que tem em Simon Bolívar o principal expoente, e a tese do pan-americanismo na versão norte-americana, especialmente o que tem origem na chamada doutrina Monroe. Ver a respeito Veronelli & Testa (2002).

[3] Refiro-me a conceito de Wanderley Guilherme dos Santos, que define 'mal público' como fenômeno que atinge a todos os membros de uma coletividade, independentemente de terem contribuído para seu surgimento e disseminação. Segundo o autor, "ninguém pode ser impedido de consumir um bem coletivo, se assim o quiser (...) ninguém poderá se abster de consumir um mal coletivo, mesmo contra a sua vontade" (Santos, 1993:52)

Ações de proteção à saúde foram objeto de constantes debates e tentativas de normalização, e mesmo quando a eminente eclosão de conflitos entre os Estados nacionais em seu processo de expansão imperialista colocou em evidência o tema da guerra, a agenda de saúde intensificou-se como questão internacional. As relações entre guerras e fenômenos mórbidos vêm merecendo inclusive a crescente atenção de historiadores que avaliam o impacto de epidemias como as de cólera na Europa oitocentista.

No século XIX, o conhecimento científico sobre as condições de saúde das coletividades humanas encontrava expressão no estudo da higiene, disciplina que se formava, sob a influência do intenso processo de transformações pelo qual passavam as sociedades européias com o advento da industrialização e da urbanização. Londres, Paris, Berlim e, no continente americano, Nova York, atingiram a marca de um milhão de habitantes naquele século, caracterizando o fenômeno da formação das sociedades de massas e de intenso processo de publicação de relatórios médicos e propostas de reformas sanitárias e urbanas.[4] A associação entre cidade massiva e patologia era uma constante, ao mesmo tempo que o receio diante da desordem e a necessidade de respostas em termos de políticas públicas pode ser verificado nos diferentes países europeus, ainda que com significativa variação nas propostas de reforma (Porter, 1998).

Naquele cenário, entendia-se por higiene o estudo do homem e dos animais em sua relação com o meio, visando ao aperfeiçoamento do indivíduo e da espécie (Latour, 1984) Alcançando notável desenvolvimento na França, antes mesmo do desenvolvimento da bacteriologia, a tentativa de normalizar a vida social a partir de preceitos ditados pela higiene foi um fenômeno tão notável que levou Pierre Rosanvalon (1990) a falar de um "Estado higienista" (Lima, 1999:94).

As bases epistemológicas da higiene, até a segunda metade do século XIX, encontram-se no chamado neo-hipocratismo, "uma concepção ambientalista da medicina baseada na hipótese da relação intrínseca entre doença, natureza e sociedade" (Ferreira, 1996:57). O neo-hipocratismo deu origem a duas posições que durante os séculos XVIII e XIX se alternaram na explicação sobre as causas e formas de transmissão de doenças: a 'contagionista' e a anticontagionista ou 'infeccionista' (Ackerknecht, 1948).

Para a primeira, uma doença podia ser transmitida do indivíduo doente ao indivíduo são no contato físico ou, indiretamente, por meio de objetos contaminados pelo doente ou da respiração do ar circundante. Segundo a concepção contagionista, uma doença causada por determinadas condições ambientais continuaria a se propagar, independentemente dos miasmas que lhe deram origem. As práticas de isolamento de doentes, a desinfecção de objetos e a instituição de quarentenas consistem em resultados importantes de tal concepção sobre a transmissão das doenças.

[4] O Rio de Janeiro, então capital da República dos Estados Unidos do Brasil, contava em 1900 com uma população de 700.000 habitantes.

Já a explicação anticontagionista defendia o conceito de infecção como base explicativa para o processo de adoecimento, ou seja, uma doença era adquirida no local de emanação dos miasmas, sendo impossível a transmissão por contágio direto. Não é difícil avaliar as conseqüências de um debate aparentemente restrito a pressupostos etiológicos. Com efeito, posições anticontagionistas desempenharam papel decisivo nas propostas de intervenção sobre ambientes insalubres – águas estagnadas, habitações populares, concentração de lixo e esgotos – e nas propostas de reforma urbana e sanitária nas cidades européias e norte-americanas durante o século XIX. Ainda que seus pressupostos científicos tenham sido avaliados como equivocados após o advento da bacteriologia, os efeitos positivos de sua concepção ambientalista para a melhoria das condições de saúde têm sido lembrados por vários estudos (Rosen, 1994; Duffy, 1990; Hochman, 1998).

Tanto na versão contagionista como na anticontagionista, uma das características mais marcantes da higiene no período que antecedeu a consagração da bacteriologia consistia na indeterminação da doença.[5] O ar, a água, as habitações, a sujeira, a pobreza, tudo poderia causá-la. A fluidez do diagnóstico era acompanhada pela imprecisão terapêutica. Por outro lado, essa característica permitia que os higienistas atuassem como tradutores dos mais diversos interesses (Latour, 1984).

O estudo de Bruno Latour sobre a consagração de Louis Pasteur e da bacteriologia na França traz um argumento pertinente à presente reflexão. O ponto mais relevante da análise do autor consiste em propor uma visão alternativa à consagrada em toda uma linha de história da medicina social. Estudos clássicos como o de George Rosen (1994.), por exemplo, entendem que a bacteriologia teria gerado o abandono das questões sociais pela saúde pública. Tudo se resumiria à 'caça aos micróbios', deslocando-se a observação do meio ambiente físico e social para a experimentação confinada ao laboratório.

O que teria acontecido, segundo Latour, seria uma mudança nas representações sobre a natureza da sociedade. Em sua perspectiva, tratava-se de uma lição de sociologia dada pelos pastorianos, uma vez que o que indicavam era a impossibilidade de se observar relações sociais e econômicas, sem considerar a presença dos micróbios. Seria impossível identificar relações homem a homem, pois os micróbios estariam presentes em toda parte, assumindo o papel de verdadeiros mediadores das relações humanas (Latour, 1984).

O micróbio poderia mesmo promover a indistinção das barreiras sociais entre ricos e pobres, como afirmavam legisladores de fins do século XIX. Esse ponto foi abordado de forma muito sugestiva pelo médico norte-americano Cyrus Edson, que, em fins do século

[5] Essa polarização representa uma simplificação do debate científico. Entre os extremos, podem ser historicamente identificadas nuances nas concepções médicas sobre o que hoje denominamos doenças infectocontagiosas. Durante o século XIX, também encontramos explicações fundamentadas no conceito de contágio sendo consideradas válidas para algumas doenças, e a atribuição de causas infecciosas para outras. No Brasil, isso fica claro nos estudos históricos sobre a febre amarela (cf. Benchimol, 1996, 2001; Chalhoub, 1996).

XIX, apresentou o micróbio como "nivelador social". As ações públicas de saúde seriam uma decorrência do encadeamento de seres humanos e sociedades revelador da "dimensão socialista do micróbio" (Hochman, 1998:40). Em suma, o estudo dos micróbios entrelaça-se fortemente ao da própria sociedade, redefinindo relações, formas de contato e as noções de pureza e de risco.[6]

O estudo realizado por Murard e Zylberman (1985) reforça o argumento até aqui apresentado. Os autores entendem que a higiene de fins do século XIX e início do século XX pode ser entendida como ciência social aplicada. À semelhança da análise de Latour, os autores observam que os pastorianos representaram, até certo ponto, uma continuidade em relação aos higienistas que discutiam anteriormente as idéias de transmissão das doenças. Consideram um equívoco atribuir-se à mudança nas explicações sobre contágio e à ênfase em pesquisas laboratoriais uma alteração radical no escopo da ação dos higienistas. Em outras palavras, a ênfase no papel dos micróbios na transmissão das doenças não implicaria o abandono de temáticas sociais. Na verdade, deslocava-se a atenção, dirigida anteriormente para o meio ambiente, para as pessoas infectadas, acentuando-se os aspectos normalizadores da higiene sobre a sociedade.

A literatura tem sido mais atenta a esse ideal e discurso normalizador, deixando um pouco de lado o problema de como encontra efetividade no plano das relações sociais. Com base fundamentalmente em fontes elaboradas por médicos do século XIX, muitas vezes o que se faz é reificar as interpretações elaboradas por eles sobre seu papel e capacidade de intervenção, reiterando-se o binômio cidade-doença, e as relações entre medicina e controle do espaço urbano.[7]

Em geral, os movimentos de reforma da saúde pública na Europa, seja na França, na Alemanha ou na Inglaterra, tenderam a voltar-se para os cenários urbanos e, ainda que destacassem a associação entre cidade massiva e doença, revelavam certa dose de otimismo na crença de que a higiene permitiria intervir positivamente sobre o insalubre espaço urbano. O otimismo diante da possibilidade de intervenção científica compensava o sombrio diagnóstico associado à cidade que emerge com o advento do capitalismo industrial.[8] Como vários estudos têm revelado, os narradores oitocentistas descrevem a cidade como cenário privilegiado de observações das manifestações mais perversas das novas relações de trabalho e sociabilidade. A cidade, então, passa a ser vista como 'laboratório social' onde se poderiam observar os aspectos disruptivos da nova ordem: a fome, a doença, a embriaguez e a loucura (Rezende de Carvalho & Lima, 1992).

[6] É importante observar que não procedem tentativas de estabelecer uma relação de causalidade direta entre o conhecimento científico, mais especificamente o relacionado à bacteriologia, e sentimentos de aversão ao que é considerado impuro e perigoso à saúde. Esse ponto é enfatizado especialmente nas obras de Norbert Elias (1990) e Mary Douglas (1976).

[7] Para uma crítica dessas tendências na historiografia européia e na produção intelectual brasileira sobre medicina social, ver o artigo de Rezende de Carvalho e Lima (1992).

[8] Este ponto fica muito claro no estudo de George Rosen (1979) sobre a história do conceito de medicina social. Segundo o autor, o conceito de medicina social está intimamente associado ao desenvolvimento do capitalismo e à emergência das questões social e urbana.

Não se deu apenas no plano interno às nações o impacto do fenômeno urbano e dos novos conhecimentos relativos à saúde. Importante dimensão desse processo ocorreu nas relações internacionais, com a intensificação do comércio e as implicações negativas da instituição das quarentenas nos portos marítimos. As controvérsias científicas ocorreriam também nos primeiros fóruns internacionais criados no campo da saúde: as Conferências Sanitárias Internacionais.

A doença mais marcante durante o século XIX foi o cólera, que deu origem à que foi considerada a primeira pandemia no período de 1817-23, e que atingiu progressivamente países do Golfo Pérsico e aqueles banhados pelo Oceano Índico. O padrão tradicional da expansão dessa doença se viu alterado pela maior densidade do comércio internacional e dos movimentos militares derivados da dominação britânica na Índia. Uma segunda pandemia ocorreu em 1826, atingindo dessa vez a Rússia, o Báltico e finalmente a Inglaterra (Veronelli & Testa, 2002). A terceira pandemia de cólera atingiu a América (1852-59) e a quarta, com início em 1863, chegou a Nova York em 1863, Buenos Aires em 1866 e, em 1867, à região onde se deflagrava a Guerra do Paraguai, afetando as tropas aliadas e paraguaias.[9]

Sob o impacto das epidemias de cólera e febre amarela, realizou-se em Montevidéu, em 1873, convenção sanitária em que Brasil, Argentina e Uruguai firmaram uma ata determinando medidas de prevenção comum diante de doenças como cólera asiático, febre amarela, peste e tifo. Em 1887, realizou-se no Rio de Janeiro novo colóquio entre esses países, em que se estabeleceu a Convenção Sanitária do Rio de Janeiro (Veronelli & Testa, 2002).

A experiência das epidemias de cólera no século XIX, na Europa e nos Estados Unidos, teve papel determinante na percepção por parte das elites políticas sobre os problemas sanitários, favorecendo ações políticas, a criação de organizações e a intervenção dos Estados nacionais na resolução dos problemas de saúde e nas reformas urbanas (Briggs, 1961). Sua conotação de pandemia implicou também não apenas a transformação da saúde em problema de natureza coletiva em sociedades particulares, mas sua compreensão como tema de política internacional. A constituição de sistemas sanitários representa capítulo importante na constituição do Estado de Bem-Estar Social (De Swaan, 1990; Hochman, 1998) e, ao mesmo tempo, processo crucial para a percepção das doenças transmissíveis como tema central na configuração das relações internacionais.

Foi nesse quadro que, em meados do século XIX, tiveram início as Conferências Sanitárias Internacionais, fóruns de debate científico sobre as controvérsias que cercavam a causa e os mecanismos de transmissão de doenças, e político, uma vez que se tratava de estabelecer normas e procedimentos comuns entre os países que enfrentavam problemas como as epidemias de cólera e de peste bubônica. Esses fóruns reuniam basicamente países europeus e expressavam a contradição entre a crescente insegurança diante da ampliação das epidemias e da própria emergência do conceito de pandemia e a idéia de progresso que se afirmava e encontrava

[9] Consta que Francisco Solano Lopez, líder paraguaio, também contraiu a doença.

representação simbólica nas Grandes Exposições Internacionais. Sugestivamente, a primeira Conferência Sanitária e a primeira Exposição Internacional ocorreram no mesmo ano, 1851, respectivamente em Paris e Londres (World Health Organization, 1958).

Oito anos após esse colóquio e na mesma cidade, foi realizada a II Conferência. A III Conferência realizou-se em 1866 e a seguinte em Viena, em 1874. A V Conferência Sanitária Internacional foi a primeira a se realizar no continente americano e ocorreu em Washington, em 1881. Aristides Moll, editor científico da Oficina Sanitária Pan-Americana nas décadas de 1920 e 1930, chegou a apontá-la como a primeira Conferência Sanitária Pan-Americana (Veronelli & Testa, 2002; Moll, 1940). Entretanto, a representação dos países americanos era basicamente dos corpos diplomáticos, que não expressavam a constituição das autoridades sanitárias nacionais.

Um dos fatos mais significativos durante a V Conferência foi a participação de Carlos Finlay, delegado especial de Espanha, representando Cuba e Porto Rico. Finlay apresentou sua teoria sobre a transmissão da febre amarela que, em sua explanação, acentuou ser uma concepção alternativa aos argumentos contagionista e anticontagionista e que estava fundamentada na seguinte hipótese: a presença de agente inteiramente independente para sua existência tanto da doença como do homem doente, mas absolutamente necessário para que a enfermidade fosse transmitida do portador da febre amarela ao indivíduo são. Esse agente, ou vetor, era um mosquito, e sua hipótese só foi considerada plenamente demonstrada 20 anos depois.[10]

Os debates sobre a transmissibilidade das doenças nunca foram estritamente científicos. No que se refere à imposição de quarentenas, a politização do tema seria flagrante, uma vez que interferiam no fluxo comercial, no comércio internacional e no deslocamento populacional. O cólera, a peste e a febre amarela eram as três doenças em relação às quais havia maior atenção dos países. Seu significado transcendia ações de combate específicas e elas consistiram em importantes elementos na própria configuração e reconfiguração dos Estados modernos.

O consórcio entre cientistas e representantes diplomáticos dos Estados favoreceu a estruturação progressiva de uma política sanitária internacional. Robert Carvais ressalta que os médicos das diferentes sociedades européias não compartilhavam uma doutrina comum e que as Conferências contribuíram sensivelmente na definição de posições científicas e na adoção de medidas de proteção diante das epidemias, principalmente nos portos. A substituição das quarentenas pela desinfecção dos navios foi uma das conseqüências das teorias de Pasteur, mas que não prevaleceu sem uma série de mediações; três Conferências Internacionais desempenharam a esse respeito importante papel: a de Viena, em 1874, a de Washington em 1881 e a de Roma em 1885 (Carvais apud Salomon-Bayet, 1986).

[10] Antes de Finlay, investigações sobre a transmissão da malária levaram alguns médicos a sugerir vínculos entre mosquitos e febre amarela, como foi o caso de John Crawford, em 1807. Também Louis Daniel Beauperthuy (1825-1871), médico e naturalista francês que trabalhou na Venezuela, apresentou a hipótese da transmissão da febre amarela por mosquitos (Cueto, 1996a).

No caso das Américas, a febre amarela era considerada o grande desafio de política sanitária, especialmente no que se refere ao comércio entre as nações, daí sua expressiva presença nas Conferências Sanitárias Pan-Americanas. Em parte, essa doença desempenhou no continente americano papel similar ao exercido pelo cólera na Europa.

As Conferências Sanitárias Pan-Americanas[11]

Em janeiro de 1902, na cidade do México, realizou-se a II Conferência Internacional dos Estados Americanos. Atendendo à recomendação de seu Comitê de Política Sanitária Internacional, a Conferência aprovou a convocação de uma convenção geral de representantes dos organismos sanitários das repúblicas americanas para decidir sobre a notificação de enfermidades, o intercâmbio dessa informação entre as repúblicas, a realização de convenções periódicas sobre a matéria e o estabelecimento de uma oficina permanente em Washington para coordenar essas atividades. A I Convenção Sanitária Internacional foi realizada em Washington, de 2 a 4 de dezembro de 1902, e criou a Oficina Sanitária Internacional, que funcionou como apêndice do Serviço de Saúde Pública dos EUA, acumulando o cirurgião geral, chefe desse serviço, a direção da Oficina Sanitária Internacional até 1936 (Opas, 1992; Macedo, 1977; Bustamante, 1972).

Em 1905, realizou-se a II Convenção Sanitária, que estabeleceu propostas relativas a quarentenas e à notificação de enfermidades no continente. Seria, segundo alguns autores, a precursora do Código Sanitário Pan-Americano. Em dezembro de 1907 houve a terceira, na cidade do México. Em 1909, na Costa Rica, ocorreu a quarta reunião, em que se propôs a mudança do nome Convenção para Conferência e, em 1911, a V Conferência, realizada em Santiago do Chile, em que se decidiu nomear a Oficina como Oficina Sanitária Pan-Americana, responsabilizando-a pela elaboração de um projeto de Código Sanitário Marítimo Internacional.

Com a eclosão da Primeira Guerra Mundial houve um longo intervalo e, em 1920, na cidade de Montevidéu, realizou-se a VI Conferência Sanitária Internacional. Essa conferência referendou o nome do cirurgião geral do Serviço de Saúde dos EUA, Hugh Cumming, como diretor da Oficina, posição que ele ocupou até 1947, apesar de ter deixado o cargo de cirurgião geral dos EUA em 1936. Nessa conferência, deliberou-se pela criação do *Boletim Pan-Americano de Saúde*, publicado mensalmente a partir de 1922, cujo nome foi alterado posteriormente para *Boletim da Oficina Sanitária Pan-Americana*.[12] Na VI Conferência Sanitária, a Oficina definiu sua reestruturação. Pouco a pouco estendeu seu raio de ação e constituiu um centro consultor (Ata da IX Conferência).

Em Havana, 1924, na VII Conferência Sanitária Pan-Americana, aprovou-se o projeto do Código Sanitário Marítimo Internacional, logo designado como Código Sanitário Pan-Ameri-

[11] Uma versão mais detalhada desta seção do texto pode ser vista em Lima (2002).

[12] Passarei a me referir à publicação como *Boletim*. Nas referências bibliográficas empregarei a sigla Bosp.

cano. Esse documento foi objeto de discussões posteriores pelo poder Legislativo de cada país integrante do organismo, para efeito de ratificação.

Quatro anos mais tarde, em Lima, a VIII Conferência estabeleceu um Conselho Diretor para a Oficina, e aprovou que ela atuasse coletando dados para a Oficina Internacional de Saúde Pública, criada em 1907, com sede em Paris (Bosp, 1928). A despeito dos trabalhos históricos sobre a Opas ressaltarem o papel da VII Conferência, devido à aprovação do Código Sanitário, o exame do colóquio realizado em Lima requer análise mais cuidadosa, uma vez que ele demonstra preocupações que iam além das medidas sanitárias nos portos.

Como mecanismo de cooperação técnica, instituiu-se o cargo de comissários itinerantes (*viajeros*) – funcionários dos serviços nacionais de saúde que poderiam ser cedidos à Oficina e que deveriam prestar colaboração às autoridades sanitárias dos países signatários. A Conferência aprovou também um anexo ao Código Sanitário e definiu o processo de ratificação, completado apenas em 1936, com a assinatura pelas 21 repúblicas existentes na América.

As Conferências Sanitárias, ao incluírem como ponto central de seu programa os informes dos países, contribuem para que se compreenda a importância de algumas enfermidades, aspectos do quadro sanitário e ações em curso. No caso da VIII Conferência, encontram-se, por exemplo, evidências sobre semelhanças do quadro sanitário dos Estados Unidos da América do Norte em relação aos demais países americanos. A delegação norte-americana formada por Hugh S. Cumming, John Long e Bolívar Lloyd apresentou informe sanitário abrangente sobre o país, com dados sobre as seguintes doenças: tuberculose; câncer; tracoma; bócio; febre ondulante (zoonose); lepra; encefalite epidêmica; sarampo; febre das montanhas rochosas; difteria e malária.

No que se refere às doenças venéreas, ocorreu debate sobre as medidas mais adequadas para coibir os efeitos negativos da prática da prostituição. O delegado do Panamá defendeu o controle médico e John Long, representante norte-americano, simplesmente a proibição, exemplificando com o que ocorrera no Chile. Em sua perspectiva, a prostituição clandestina geraria menos problemas, uma vez que reduziria o número de parceiros sexuais. Note-se que esse debate foi também muito intenso no Brasil, com predomínio da tese do controle sanitário e orientação médica (Carrara, 1996).

Durante a VIII Conferência, em que se discutiram prioritariamente assuntos concernentes ao Código Sanitário Internacional, o tema que provocou mais controvérsias, a julgar pelas atas publicadas no boletim, foi a recomendação de unificação da autoridade sanitária nacional nos países, fosse pela criação de um Ministério da Saúde, fosse pela criação de um Departamento Nacional de Saúde.

A delegação do Peru apresentou documento sobre a criação de ministérios da Higiene denominado 'As bases em que se apóia a Criação do Ministério da Higiene', propondo que a

VIII Conferência Sanitária Pan-Americana reiterasse sua adesão à reforma do Estado, com ênfase na criação de ministérios consagrados aos assuntos médico-sanitários ou de departamentos nacionais que centralizassem os serviços sanitários. Como observa Paz Soldan:

> Creio que a medicina social, no atual momento, deve ser aplicada com critério político e que cabe aos higienistas reivindicar para si o direito de governar e dirigir as coisas relacionadas com a saúde pública senão..contrárias ao bem e ao progresso sanitário da coletividade. Um *Ministério de Higiene para os Higienistas.* Aqui está minha convicção. (Paz Soldan, 1928:146) (grifo meu)

A presença e a ênfase nesse tema têm importância especial, pois coloca a reforma do Estado, a reforma sanitária preconizada à época, como uma preocupação importante no debate sobre a adoção de políticas comuns pelos países americanos. No Brasil, isso – a proposta de centralização dos serviços e ações de saúde, preferencialmente com a criação de um ministério – estava colocado desde meados da década de 1910.[13] De que forma o tema estava sendo articulado por outros países da América, sobretudo da América do Sul, é matéria que merece atenção. No Peru, por exemplo, ocorreu mobilização social semelhante à do movimento sanitarista brasileiro – o movimento de Reforma Médica. Seu principal líder, Paz Soldan, publicou inclusive artigo na revista *Saúde*, periódico oficial da Liga Pró-Saneamento do Brasil, que encerrava com a frase: "Eugenizar é Sanear" (Lima & Brito, 1996).[14] Importa observar que o médico peruano atuou também durante longo período na Opas – aproximadamente 50 anos.

Após a VIII Conferência, intensificou-se o processo de ratificação do Código, o que possivelmente foi favorecido pelas missões de reconhecimento organizadas em vários países por John Long, primeiro e mais importante 'comissário itinerante' da Opas.[15]

Em 1934, na IX Conferência, merece registro o relato de Fred Soper, que havia solicitado autorização para participar como observador, representando a Fundação Rockefeller. Em sessão secreta, Soper apresentou os resultados de seu trabalho no Brasil, ressaltando que a febre amarela deveria ser considerada como um problema continental.

É a partir desse enquadramento, aliado à atmosfera da Segunda Guerra Mundial, que pode ser mais bem avaliado o impacto da realização da XI Conferência Sanitária Pan-Americana, no Rio de Janeiro, em 1942. No plano interno, um ano antes, durante as comemorações do aniversário do Estado Novo, o ministro Capanema promovera a I Conferência Nacional de

[13] Sobre o movimento sanitarista da Primeira República, ver Labra (1985); Castro-Santos (1987); Hochman (1998); Lima (1999).

[14] A respeito das diferentes correntes eugenistas e de suas especificidades na América Latina, ver o trabalho de Nancy Stepan (1991).

[15] O *Boletim* ano 8, n. 11 relata a visita de Long a diversos países da América Latina na condição de representante *viajero*. As informações mostram que no Uruguai o Código Sanitário havia sido ratificado pelo Congresso. No Paraguai, estava em processo de discussão. O informe sobre o Chile dá conta de melhoria nas condições sanitárias: boa água potável, leite pasteurizado etc. No caso da Bolívia, refere-se à ratificação do Código, pouco tempo depois de sua visita. No Brasil, Long chegou a 7 de setembro de 1928, fazendo contato com o Dr. Barros Barreto e o Dr. Mattos; em seu relato, ele destacou as medidas de controle da febre amarela e da peste.

Saúde, dando início, em um período ditatorial, ao estabelecimento de fórum de especial significado para a constituição da política nacional de saúde (Hochman & Oliveira, 2000).

O conflito mundial e, como seu corolário, a defesa continental e da saúde, figurou como primeiro e mais importante tema abordado, inclusive com a indicação de que fosse realizado inquérito sobre a distribuição geográfica das doenças transmissíveis de importância em tempo de guerra. Na mesma perspectiva, sugeriu-se a cooperação integral entre os serviços de saúde, militares e civis. A primeira metade do século XX, e aí não reside naturalmente nenhum paradoxo, viu nascer as formas modernas de cooperação internacional e também a generalização da guerra como fenômeno mundial.

Na abordagem das doenças transmissíveis, a XI Conferência aprovou resolução que apresentava a malária como "a doença que maiores prejuízos causa à maioria das nações do continente" e recomendava que os departamentos nacionais de saúde dos países americanos aceitassem as recomendações da Comissão de Malária da Oficina Sanitária Pan-Americana.

As ações destinadas à erradicação do *Aedes aegypti* no Brasil, Peru e Bolívia resultaram em voto de aplauso, consistindo mais uma vez a febre amarela num tema prioritário no debate entre as autoridades sanitárias do continente americano. Outras doenças transmissíveis, como a doença de Chagas, a influenza, a lepra, a peste, o tifo e a tuberculose, também foram objeto de teses e resoluções.

Questões de engenharia sanitária, mormente o uso do cloro na higienização da água e produção do verde-paris na luta contra o mosquito, indicam a crescente importância que essa especialidade vinha adquirindo. A maior ênfase em tópicos como nutrição e habitação consistem também em importante característica da XI Conferência. A Conferência que antecedeu a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS) e o novo desenho da cooperação internacional do setor apresentou em suas resoluções alguns indícios do alargamento da pauta e de uma cooperação técnica que, embora ainda frágil, indicava o papel mais ativo que a Opas viria a desempenhar no período seguinte, após a eleição de Fred Soper, em 1947.[16]

O papel efetivo da organização e seu impacto nas políticas de saúde dos países que a integravam eram certamente reduzidos, e as resoluções aprovadas nas diferentes instâncias e mesmo nas Conferências Sanitárias Pan-Americanas melhor seriam definidas como recomendações, cuja aplicação dependia de processo intenso de trabalho e convencimento das autoridades sanitárias dos países. No próprio debate sobre a implementação do Código Sanitário, durante a VIII Conferência, o ponto foi bem observado por John Long, que afirmou não ter a Oficina "poder coercitivo algum", não podendo exercer qualquer controle para seu cumprimento por cada país (Anais da VIII Conferência Sanitária Pan-Americana, 1928).

[16] A eleição de Soper ocorreu durante a XII Conferência, que, devido à Segunda Guerra, só pôde se realizar em 1947.

As ações de cooperação técnica, embora bastante incipientes, basicamente restringindo-se à atividade do representante itinerante, começam a apresentar alguns programas de maior impacto, entre os quais se destacam a criação do Instituto de Nutrição do Centro América e Panamá, em 1946, e o programa de bolsas de estudos, com início oficial em julho de 1939.

No plano da formação de pautas de temas e consensos básicos sobre questões de saúde, o *Boletim* representou também uma das mais importantes atividades. Tendo seu primeiro número publicado em 1922, consistiu em importante meio de formação de opinião entre médicos e gestores de saúde pública.[17]

A Segunda Guerra e Mudanças nas Relações Internacionais

Após a Segunda Guerra, verificou-se notável alteração nas relações internacionais, com a crescente importância dos Estados Unidos da América do Norte e novos padrões de relações internacionais que repercutiriam na cooperação pan-americana.

Esse novo contexto afetaria a posição da Opas de diferentes maneiras. A sustentação financeira das políticas do organismo pelo governo norte-americano passou por alguns revezes que se explicam pelo maior interesse em uma atuação mais direta nos países, em detrimento da aposta no fortalecimento de um organismo baseado em relações intergovernamentais.

Do ponto de vista do governo norte-americano não se tratava de desinteresse pelo investimento em países latino-americanos, mas de uma nova estratégia que privilegiava a criação nesses países de instituições locais orientadas pela política norte-americana. Naturalmente, os interesses em pauta eram bastante complexos e incluíam também os dos países latino-americanos mobilizados para atrair grandes investimentos industriais, como foi o caso do Brasil. Motivações de grupos profissionais deveriam também ser consideradas para que se pudesse empreender análise mais abrangente sobre o tema, o que escapa aos propósitos deste trabalho. O importante é considerar que os interesses em jogo e as idéias defendidas não implicavam posições fixas e definidas *a priori*. Um exemplo disso é a atuação de Fred Soper: em alguns momentos articulador de propostas do governo norte-americano; em outros, aliado aos sanitaristas e a governos latino-americanos na busca de sustentação para a Opas e os programas de combate a doenças que considerava prioritárias.

Sob o impacto do ataque japonês a Pearl Harbor, realizou-se no Rio de Janeiro, em janeiro de 1942, a III Conferência de Ministros das Relações Exteriores das Repúblicas Americanas. Suas principais recomendações consistiram na mobilização de recursos pelos países latino-americanos, tendo em vista a guerra, e na adoção de medidas de saúde pública mediante

[17] Miguel Bustamante (1972), em retrospectiva histórica sobre os 50 primeiros anos da Opas, apresenta dados sobre a tiragem e circulação desse importante periódico. Publicando artigos em espanhol, português, inglês e francês, ele era distribuído gratuitamente a médicos e a outras pessoas relacionadas com os Departamentos de Higiene nacionais e locais.

acordos bilaterais. Da Conferência resultaram os acordos de Washington, entre os quais o de saúde e saneamento, que daria origem ao Serviço Especial de Saúde Pública (Campos, 2000; Braga, 1984).

No que se refere às relações interamericanas, importante característica do período foi a mudança do padrão de relacionamento que desde o início marcara as atividades da Oficina Sanitária Pan-Americana: sua subordinação à política de saúde do governo norte-americano. É possível indicar uma fase de transição que posteriormente implicaria maior presença dos países latino-americanos na gestão da Opas, o que se expressou na eleição do chileno Abraham Horwitz para o cargo de diretor-geral, em 1958.

A análise, ainda que breve, da gestão de Fred Soper como diretor da Organização Pan-Americana da Saúde requer que se considere esse novo contexto e um fato, este mais destacado nos balanços históricos: a criação, em 1946, da Organização Mundial da Saúde.

Em 1945, durante a Conferência de São Francisco, nos Estados Unidos da América do Norte, realizada com o objetivo de aprovar projeto de Constituição da Organização das Nações Unidas, as delegações do Brasil e da China apresentaram a proposta de se constituir comitê responsável por avaliar as possibilidades de se criar uma organização internacional de saúde. No ano seguinte, o Conselho Econômico e Social das Nações Unidas reuniu-se para convocar Comissão Técnica Preparatória da Conferência Sanitária Internacional, cujo fim seria criar uma organização internacional. Esse comitê, reunido em Paris em março-abril de 1946, foi integrado por 16 especialistas em saúde pública e representantes de quatro organizações internacionais de saúde. No mês de julho de 1946, 71 Estados nacionais formaram a Constituição da Organização Mundial da Saúde.

Não foi simples estabelecer o papel a ser desempenhado pela Organização Pan-Americana da Saúde e lhe garantir alguma autonomia. Fator decisivo foi o aumento de seu orçamento com a elevação das contribuições dos países latino-americanos, principalmente a Argentina, o Brasil e o México. A capacidade de sustentação da Opas, em contraste com o exíguo orçamento da OMS, pesou efetivamente na negociação entre as duas entidades. Em julho de 1948, durante a II Assembléia Mundial de Saúde, firmou-se acordo entre o diretor-geral da OMS, Brock Chisholm, e Fred Soper, diretor da Opas, pelo qual esse organismo, sem perda de sua identidade, converteu-se em Oficina Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde (Opas, 1992; Soper, 1977).

A eleição de Soper para esse cargo ocorreu, na cidade de Caracas, em 1947, durante a XII Conferência Sanitária Pan-Americana, na qual dominou o debate o tema da nova organização internacional em matéria de saúde. Nesse fórum ocorreram mudanças importantes em termos da estrutura e instâncias decisórias e da agenda de temas e questões prioritárias. Desde então, a Conferência Sanitária Pan-Americana, além de traçar diretrizes de política sanitária para o continente americano, passou a atuar como Comitê Regional da Organização Mundial da Saú-

de, contando com a participação de dirigentes desse organismo. A Oficina Sanitária Pan-Americana transformou-se em Organização Sanitária Pan-Americana.

No que se refere à mudança na pauta de temas prioritários, destacam-se a inclusão e o destaque conferido a temas como organização de serviços nacionais de saúde; zoonoses; saúde dos trabalhadores; migrações, alimentos; fármacos e relações entre a saúde pública e os seguros sociais. A saúde materno-infantil seria objeto da Declaração de Caracas, que estabelecia "os direitos da criança a uma vida saudável e à saúde". Outra área que viria a se desenvolver com maior intensidade após a Conferência foi a engenharia sanitária, constituindo o saneamento básico tema central da cooperação técnica efetivada pela Opas, especialmente a partir da década de 1950.

Não obstante a ampliação da agenda, a febre amarela continuou como tema prioritário, ao menos nos três primeiros anos da gestão de Soper como diretor da Opas. Durante as décadas de 1950 e 1960, em reuniões das instâncias deliberativas da Opas e em informes e artigos publicados no *Boletim*, a erradicação do *Aedes aegypti* constava como uma das principais preocupações para a cooperação interamericana em saúde. Também no que se refere a essa importante atividade, ocorreram tensões e divergências entre a direção da Opas e o governo norte-americano. Em mais de uma oportunidade, Fred Soper acentuou os obstáculos para a erradicação do mosquito, lembrando o fato de os EUA terem se recusado sistematicamente a participar da campanha continental de erradicação do *Aedes aegypti* (Soper, 1963).

A XIII Conferência, realizada em São Domingos em 1950, adotou resoluções sobre estatística, educação sanitária em áreas rurais, controle de diarréias infantis e erradicação da malária. A última resolução foi acompanhada pela prescrição de fundos especiais para o orçamento de 1955, destinados à intensificação das atividades antimaláricas.

Questões orçamentárias e político-administrativas dominaram a pauta da XIV Conferência, realizada em Santiago do Chile, em 1954. Aprovou-se o orçamento da Oficina e o projeto de programa e orçamento da região das Américas da OMS, assim como a renovação do mandato e da designação do mesmo diretor para a Oficina Sanitária Pan-Americana e para a Oficina Regional da OMS. Declarou-se, então, a erradicação da malária como meta prioritária. Quatro anos mais tarde, durante a XV Conferência Pan-Americana de Saúde, seria eleito o primeiro latino-americano para a direção-geral da entidade.

Não só a relação com a Organização Mundial da Saúde foi tema freqüente durante a gestão de Fred Soper na Organização Pan-Americana da Saúde. Também a criação da Organização dos Estados Americanos (OEA) resultou em intenso debate sobre o grau de autonomia desejável para a entidade dedicada à saúde. Em 1950, firmou-se acordo entre a OEA e a Opas que reconheceu formalmente a última como agência especializada de saúde do Sistema Interamericano.

No concernente ao ensino médico, durante o período ocorreram duas importantes reuniões sobre o papel das ciências sociais. O objetivo dessas reuniões era discutir sua importância no

processo de saúde, tendo como referência o ensino da medicina social. Os debates e sugestões que surgiram naqueles eventos tiveram influência importante nas propostas de reforma e na ênfase no papel das ciências sociais em saúde. A Opas, a partir da década de 1960, intensificaria suas ações para promover a reformulação de cursos de saúde pública e difundir abordagens críticas ao modelo de história natural da doença, propondo como alternativa a multicausalidade. Uma das principais iniciativas foi a realização de ampla pesquisa sobre educação médica na América Latina, coordenada pelo sociólogo Juan Cesar Garcia, com o apoio da Opas e da Fundação Milbank. Esse trabalho estimulou a criação de cursos de pós-graduação em medicina social, em diferentes países, e a revisão das abordagens predominantes nas instituições de saúde pública (Nunes, 1985).

Considerações Finais

Nas duas últimas décadas vem se consolidando na América Latina a área de estudos históricos sobre saúde. Promovendo um deslocamento em relação ao enfoque tradicional da história da medicina, que acentuava as descobertas e ações exemplares de alguns personagens, as novas abordagens enfatizam processos complexos e recorrem às perspectivas da história cultural e da história social na tentativa de compreender a saúde e a doença como aspectos cruciais da história das sociedades latino-americanas.

É forçoso reconhecer, entretanto, que ainda são incipientes os esforços para o estabelecimento de estudos comparativos entre as sociedades latino-americanas. Para o desenvolvimento desses trabalhos é pertinente observar a possibilidade de realização de pesquisas que considerem a interação de atores sociais que se destacaram no conhecimento médico e na formulação de políticas de saúde em fóruns internacionais que tinham como uma de suas finalidades o estabelecimento de uma agenda comum para a saúde da região. Ao se destacar as Conferências Sanitárias Pan-Americanas, podem-se obter novos ângulos para a análise das relações entre os países da América Latina e Caribe e os Estados Unidos da América do Norte.

Nos últimos anos, têm se intensificado os estudos sobre o papel de organismos internacionais como a Fundação Rockefeller. O fato de essa agência ter atuado entre as décadas de 1910 e 1930 em quase todos os países da América Latina, interferindo na organização de serviços e na educação médica e de outros profissionais da saúde, justifica plenamente o interesse dos pesquisadores. Como observa Diego Armus (2003), essa historiografia tem trazido contribuições importantes ao afastar visões maniqueístas e simplistas sobre a ingerência imperialista da Fundação Rockefeller.[18]

A abordagem histórica das relações internacionais no campo da saúde no que se refere a agências multilaterais tem recebido, entretanto, reduzida atenção. Aqui, pretendi contribuir

[18] Entre as principais contribuições nessa perspectiva, ver Castro-Santos (1987 e 1989) e Cueto (1996).

para que se inclua o tema na agenda dos historiadores da saúde. A história da cooperação internacional, no caso da Opas, pode favorecer uma compreensão mais ampla e matizada sobre os complexos processos de resolução de controvérsias científicas e políticas que marcaram a própria formação da América Latina.

Referências Bibliográficas

ACKERKNECHT, E. H. Anticontagionismo between 1821 and 1867. *Bulletin of History of Medicine*, XXII(5):562-593, 1948.

ARMUS, D. La enfermidade em la historiografia de América Latina moderna. Texto apresentado ao VII Congresso Latino-americano de Ciências Sociais e Saúde, Angra dos Reis, RJ, 19 a 23 de outubro de 2003.

BENCHIMOL, J. L. *Dos Micróbios aos Mosquitos: febre amarela no Rio de Janeiro (1880-1903)*, 1996. Tese de Doutorado: Niterói, Universidade Federal Fluminense.

BENCHIMOL, J. L. *Febre Amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*. Rio de Janeiro: Bio-Manguinhos, Editora Fiocruz, 2001.

Boletim da Oficina Sanitária Pan-Americana (Bosp), ano 7, 1, jan. 1928.

BRAGA, E. *O Pensamento de Ernani Braga*. Rio de Janeiro: PEC/Ensp, 1984.

BRIGGS A. Cholera and society in the Nineteenth century. *Past and Present*, 19:16-96, 1961.

BUSTAMANTE, M. Cincuentenario del Boletín de la Oficina Sanitária Panamericana, 1922-1972. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 72(5):375-396, 1972.

CAMPOS, A. L. V. Políticas internacionais de saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública. In: CASTRO GOMES, A. de (Org.) *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

CARRARA S. *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1996.

CASTRO SANTOS, L. A. de. *Power, Ideology and Public Health in Brazil (1889-1930)*, 1987. Tese de Doutorado, Cambridge: Harvard University.

CASTRO SANTOS, L. A. de. A Fundação Rockefeller e o Estado nacional: história e política de uma missão médica e sanitária no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos da População*, 6(1):105-110, jan.-jun. 1989.

CHALHOUB, S. *Cidades Febris*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

CUETO, M. Los ciclos de la erradicación: la Fundación Rockefeller y la salud pública latino-americana, 1918-1940. In: CUETO, M. (Org.) *Salud, Cultura y Sociedad en América Latina: nuevas perspectivas históricas*. Lima: Instituto de Estudos Peruanos, Organização Pan-Americana de Saúde, 1996a.

CUETO, M. Introducion. In: CUETO, M. (Org.) *Salud, Cultura y Sociedad en América Latina: nuevas perspectivas históricas*. Lima: Instituto de Estudos Peruanos, Organização Pan-Americana de Saúde, 1996b.

DE SWAAN, A. *In Care of The State. Health Care, Education and Welfare in Europe in the Modern Era*. Cambridge: Polity Press, 1990.

DOUGLAS, M. *Pureza e Perigo*. Trad. Mônica Siqueira Leite de Barros e Zilda Pinto. São Paulo: Perspectiva, 1976.

DUFFY, J. *The Sanitarians*. Urbana, Chicago: Board of Trustees of the University of Illinois, 1990.

ELIAS, N. *O Processo Civilizador: formação do Estado e civilização*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990.

FERREIRA, L. O. *O Nascimento de uma Instituição Científica: o periódico médico brasileiro da primeira metade do século XIX*, 1996. Tese de Doutorado, São Paulo: Universidade de São Paulo.

HOCHMAN, G. *A Era do Saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec, Anpocs, 1998.

HOCHMAN, G. & OLIVEIRA, C. M. Conferência Nacional de Saúde: reformas, políticas e saúde em debate no Estado Novo. In: GOMES, A. C. (Org.) *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2000.

LABRA, M. E. *O Movimento Sanitarista nos Anos 20: da conexão sanitária internacional à especialização em saúde pública no Brasil*, 1985. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Ebap/Fundação Getúlio Vargas.

LATOUR, B. *Les Microbes: guerre et paix suivi de irréductions*. Paris: Cameron, 1984. (Pandore)

LIMA, N. T. *Um Sertão Chamado* Brasil: intelectuais e representações geográficas da identidade nacional. Rio de Janeiro: Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, Revan, 1999.

LIMA, N. T. O Brasil e a Organização Pan-Americana de Saúde: uma história em três dimensões. In: FINKELMAN, J. (Org.) *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Opas, Editora Fiocruz, 2002.

LIMA, N. T. & BRITTO, N. Salud y nación: propuesta para el saneamento rural: un estúdio de la revista Saúde (1918-1919). In: CUETO, M. (Org.) *Salud, Cultura y Sociedad en América Latina: nuevas perspectivas históricas*. Lima: Instituto de Estudos Peruanos, Organização Pan-Americana da Saúde, 1996.

MACEDO, C. G. *Notas para uma História Recente da Saúde Pública na América Latina*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde/Representação no Brasil, 1977.

MOLL, A. A. The Pan American Sanitary Bureau: its origin, development, and achievements – a review of inter-american cooperation in public health, medicine, and allied fields. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 19(12):1.219-1.234, 1940.

MURARD, L. & ZYLBERMAN, P. La raison de l'expert ou l'hygiène comme science sociale appliquée. *Archives European of Sociology*, XXVI:58-89, 1985.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. *Historia de la Organización Pan-Americana de la Salud. Pro Salute Novi Mundi*. Washington, D.C.: Opas, 1992.

NUNES, E. (Org.) *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina*. Brasília: Opas, 1985.

PAZ SOLDAN, C. E. *Boletim da Oficina Sanitária Panamericana*, ano 7, 1, jan. 1928.

PORTER, R. *The Great Benefit of Humanity: a medical history of humanity*. New York, London: W.W. Norton & Company, 1998.

REZENDE DE CARVALHO, M. A. & LIMA, N. T. O argumento histórico nas análises de saúde coletiva. In: FLEURY, S. (Org.) *Saúde Coletiva? Questionando a onipotência do social*. Rio de Janeiro: Abrasco, Relume Dumará, 1992.

ROSANVALON, P. *L'État en France*. Paris: Seuil, 1990.

ROSEN, G. *Da Polícia Médica à Medicina Social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

ROSEN, G. *História da Saúde Pública*. São Paulo: Unesp, 1994.

SALOMON-BAYET, C. *Pasteur et la Révolution Pastorienne*. Paris: Payot, 1986.

SANTOS, W. G. dos. *Razões da Desordem*. Rio de Janeiro: Rocco, 1993.

STEPAN, N. *The Hour of Eugenics: race, gender and nation in Latin America*. New York: New York University Press, 1991.

VERONELLI, J. C. & TESTA, A. (Orgs.) *La OPS en Argentina: crónica de una relación centenaria*. Buenos Aires: Opas, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World Health Organization: the first ten years*. Genève: Word Health Organization, 1958.

12. VITAL BRAZIL, GARCÍA MEDINA & LICEAGA CONSTRUCTORES DE LA SALUD EN AMÉRICA LATINA: EL RESCATE DEL SUJETO EN EL PROCESO HISTÓRICO*

André Pereira Neto
Emilio Quevedo
Martha Eugenia Rodríguez

El mundo vive actualmente un período de expansión de las biografías. Muchas librerías de Paris, Nueva York o Tokio disponen de un sector dedicado exclusivamente a este género literario. Una rápida navegación en la red revela la fuerza económica del sector. Una de las razones del éxito está asociada al hecho de que las explicaciones pautadas en reglas y códigos son vistas con fuerte desconfianza por parte del público. El testimonio y la narrativa volvieron a ser valorizados por los lectores. El renacimiento de este género literario ha generado una intensa polémica y ha reavivado antiguas controversias en el medio académico. Algunos autores imputan valor a la biografía histórica, en tanto que otros no cesan de descalificarla. Analizar los hilos que envuelven esta problemática implica el abordaje de una cuestión que ha sido discutida desde hace algunos años: ¿Cuál es el papel del sujeto en el proceso histórico?

En primer lugar, cabe recordar que hasta hace poco tiempo la biografía fue patrimonio exclusivo de la corriente positivista de pensamiento. Así, se escribieron diversos textos biográficos contando las hazañas de artistas, científicos y políticos. Esa narración tenía como base la utilización exclusiva de documentos escritos. Más aún, se preocupaba por recuperar la trayectoria de los grandes hombres, por describir sus grandes hechos. Estos enfoques tradicionales, pero aún presentes, transformaron al biografiado en un personaje por encima de lo normal, con habilidades y capacidades únicas. En este caso, la vida del biografiado se presentaba descontextualizada, se transforma en un sujeto dotado de habilidades especiales que, por esa razón, obtiene éxito en sus iniciativas. Así se escribieron biografías históricas demasiado ligadas a los hechos puntuales que valorizaban apenas la trayectoria de los grandes héroes, la genealogía de sus vidas, y el papel decisivo que desempeñaron y que alteró el rumbo de los acontecimientos y el destino de la historia.

A lo largo del siglo XX se fue construyendo una reacción a esta modalidad de biografía histórica. Con el marxismo, por ejemplo, se operó una ruptura con esta manera de escribir historia. En

* La traducción del texto original del portugués al español fue realizada por Patricia Cuervo.

lugar de las narraciones de hechos y descripciones, se valorizaron los análisis estructurales calcados en amplios procesos económicos y sociales. Después llegaron los historiadores de los Anales de Historia Económica y Social, los de la Micro-Historia y muchas otras corrientes contemporáneas. Analizando la cuestión en perspectiva podríamos decir, en forma resumida, que el tratamiento del género biográfico no gozaba de mucho prestigio entre la historiografía que se desenvolvió en Europa, que podría ser denominada genéricamente como Historia Social. Esto se debe a que, para muchos historiadores, la biografía está asociada a la historiografía positivista. Todas esas corrientes de pensamiento, con sus diferencias, han insistido en condenar las narrativas centradas en los grandes hombres, sus actos, batallas y victorias. Por esta razón, para estos autores no positivistas, el sujeto pasó a tener un papel insignificante en la construcción del proceso histórico.

De tal manera, se configuró un anacronismo. El género histórico biográfico fue desacreditado por los historiadores de vanguardia, pero continuó siendo buscado por el público lego en las librerías. Ese espacio fue ocupado por los historiadores positivistas que sobrevivieron al tiempo y por los psicólogos, periodistas, romancistas y demás literatos que se dedicaron a este tipo de literatura. Así, se produjo una extensa relación de biografías, muchas veces enfatizando la vida de los hombres vinculados al poder que alcanzaron el éxito en sus emprendimientos. Las versiones biográficas fueron frecuentemente utilizadas para legitimar ideológicamente el sistema establecido.

El desafío que se presenta ahora para aquellos que no descartan la importancia de la dimensión estructural y colectiva de la historia, es retomar de manera diferente la singularidad del papel del sujeto en el proceso histórico. Debe percibirse la red de relaciones e intereses personales, políticos, económicos e ideológicos que influyen en una determinada decisión. La cuestión sería, por un lado, procurar escribir una historia que renunciara a los aportes de la historia de vanguardia, atada a los grandes procesos y tendencias, inaugurada con el marxismo y reproducida en las demás corrientes historiográficas. Por otro lado, cabe destacar el brillo y el vigor de las vidas singulares. Vidas de hombres comunes. Vidas de hombres célebres. Vidas comunes, de hombres célebres. Hombres comunes que los historiadores tornan célebres en sus libros. Nuestro desafío es escribir una biografía que no sea apenas un simple relato apasionado, cronológico de acontecimientos construidos artificialmente, sino que se afirme como la narración de una vida individual, que por una parte es colectiva y por otra, singular. El desafío es zurcir esta trama, tentadora e incitante.

En este texto pretendemos encarar ese desafío. Presentaremos la biografía de tres constructores de la Salud. Tres personajes que fueron fruto del momento histórico que vivieron, pero que supieron interferir en el curso de los acontecimientos. Narrativas individuales y colectivas del brasileño VITAL BRAZIL (1865-1950), del mexicano Eduardo LICEAGA (1839-1920) y del colombiano Pablo GARCÍA MEDINA (1858-1935).

Veamos, para comenzar, el caso de VITAL BRAZIL.

Vital Brazil Mineiro da Campanha (1865-1950) es uno de los más conocidos constructores de la salud de Brasil (Lacaz, 1983). En su trayectoria consta el descubrimiento y pro-

ducción del suero antiofídico y la construcción de dos importantes instituciones de investigación en el país: el Instituto Butantán, en San Pablo y el Instituto Vital Brazil, en Niterói, en el estado de Río de Janeiro.

Para analizar parte de su carrera, procuramos asociar la faceta pública de su vida con la faceta privada. En general, cuando se escribe la biografía de una autoridad conocida, se enumeran sus grandes acciones y descubrimientos (Schmidt, 2000). El relato, extremadamente descriptivo y cronológico, transforma a este individuo en un mito, con virtudes fuera de lo normal. La vida íntima, las circunstancias históricas y sociales en que vivió y la combinación de intereses que influyeron sus decisiones, son muchas veces desatendidas (Ferraroti, 1987).

En este texto intentaremos seguir algunas de las indicaciones sugeridas por Pelicier (1987) cuando enfatiza las tensiones que cercan la producción de una biografía histórica. Entre las tensiones mencionadas por el autor, existe una tensión localizada entre lo individual y lo colectivo, y otra ubicada entre lo continuo y lo discontinuo. En el primer caso, el autor recuerda que el individuo es único. A pesar de algunas semejanzas, las biografías nunca son iguales. La biografía, como fenómeno individual, se opone, por lo tanto, a lo colectivo. Sin embargo, parece obvio que ningún individuo es una isla. El colectivo se relaciona con el individuo. Muchos valores colectivos que dirigen la vida de un individuo, al mismo tiempo orientan la existencia de un conjunto de ciudadanos, y no solamente la de una persona. Así, una vida no puede ser disociada del grupo al que pertenece ni al momento social en que vive. Pero una biografía tampoco puede dejar de expresar una identidad autónoma. Cuando lo colectivo interviene al punto de eclipsar al individuo, se llega a la condición de alienación. Valorizar la biografía es, en verdad, enfatizar esta reacción: una reacción enérgica contra la alienación del individuo (Debert, 1986). La otra tensión se localiza entre lo continuo y lo discontinuo. En general, las biografías son descritas como narrativas cronológicas donde los hechos son expuestos en forma encadenada. Se pone énfasis en lo que cambia y no en las continuidades. Asimismo, la vida descrita se presenta sin que otras trayectorias posibles sean imaginadas (Velho, 1994a, 1994b).

El esfuerzo de nuestra empresa se centrará en la idea de escribir la biografía de Vital Brazil considerando esas dos tensiones y la relación entre su historia de vida privada (Ariès & Dubby, 1987) y la historia social del Brasil de fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX.

A pesar de que las permanencias son perceptibles, la biografía de Vital Brazil puede ser dividida en tres tiempos. El primero se relaciona con las circunstancias personales y profesionales que lo llevaron a optar por la medicina. El segundo enfatiza el contexto social, personal y científico que hizo que él tomara ciertas decisiones, pasara a dedicarse al ofidismo y obtuviera reputación internacional en la salud pública. El tercero identifica el momento en que, a pesar de tener mucho prestigio científico y social, abandona el Instituto Butantán, en San Pablo, y comienza todo de nuevo, construyendo un instituto privado de productos inmuno-terápicos e

inmuno-biológicos: el Instituto Vital Brazil, en Niterói. Circunstancias políticas, científicas y sociales incidieron sobre él, llevándolo a tomar esta decisión, a escribir una trayectoria singular entre los constructores de la salud de América Latina (Brazil, L. V., 2001).

Analizaremos ahora el segundo momento de esta trayectoria, que nosotros consideramos el más significativo de su vida. De cualquier forma, hay una explicación acerca de las razones que lo llevaron hasta la medicina, la investigación y la producción de sueros. Cuando nació, en 1865, el trabajo esclavo movía la agro-exportación del café del Valle del Río Paraiba, en el sur del estado de Río de Janeiro. Complementaria a esta producción, se desenvolvía una intensa actividad agropecuaria lechera en la región de Minas Gerais, donde Vital Brazil vino al mundo. El Brasil que Vital conoció cuando era niño tenía la mayor parte de su población viviendo en el campo. A pesar de ser hijo de esa cultura, Vital Brazil no se dedicó a la actividad agrícola ni vivió de ella. El contexto histórico lo podría haber empujado al medio agrícola: como productor de leche y sus derivados podría haber tenido una recatada vida de interior. Esa era una opción, pero la historia que Vital Brazil escribió fue otra. Las circunstancias de su vida familiar fueron, al menos, intrincadas. La condición de hijo natural parece haber contribuido a que el padre de Vital Brazil renegara de su origen social, ya que era hijo de un propietario de tierras y esclavos. La misma razón explica el hecho de que Vital Brazil haya vivido su infancia y juventud de manera errante, en un ambiente de inseguridad financiera. La búsqueda de una profesión que garantizara una estabilidad económica puede explicar la elección de Vital Brazil por la medicina a finales del siglo XIX.

Nuestro análisis comienza en 1891, cuando Vital Brasil termina su curso de medicina. Recién graduado, tenía pocas opciones: una era volver a Minas Gerais, donde podía contar con la protección de su abuelo y familiares, pero el hecho de no tener antecesores médicos en la ciudad dificultaba este emprendimiento. A esto se sumaba el hecho de que la ciudad de Río de Janeiro, en ese entonces capital de la República, era entonces un mercado próspero pero razonablemente repartido entre los profesionales existentes. De haber permanecido en Río de Janeiro, hubiera sido un médico más de suburbio, viviendo con grandes dificultades financieras. La opción más osada y menos cómoda era aventurarse por el interior del país, en busca de clientes y medios de supervivencia. La decisión de ir hacia el interior del estado de San Pablo siguió una tendencia colectiva, pero estuvo fuertemente influenciada por una motivación personal: obtener la ansiada estabilidad económica. Su postura emprendedora y sus necesidades de supervivencia lo llevaron hacia donde estaban el dinero y los intereses de la elite económica de Brasil: el oeste del estado de San Pablo, en especial la ciudad de Botucatu. Allí prosperaba la producción agro-exportadora de café (Brazil, O. V., 1996).

Pero los esclavos ya no eran quienes trabajaban allí, sino que ahora trabajaban los inmigrantes de origen europeo o asiático. Al llegar, Vital Brazil constató que muchos de sus pacientes eran víctimas de accidentes ofídicos, consecuencia de la forma extensa y predatoria con la cual se derrumbaban las florestas para sembrar los pies de café. Estos accidentes representaban un problema económico, higiénico y científico. Económico porque el aumento del número de

víctimas causaba perjuicios a la producción y a los productores de café. Higiénico porque estos accidentes, al aumentar en número –como ocurría– señalaban que el ambiente no era muy propicio para la salud. Y científico porque no había un tratamiento adecuado y eficiente que pudiera evitar la muerte en caso de accidentes con ofidios. A fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX prevalecían los estudios sobre el suero anti-ponzoñoso de Calmette –científico francés del grupo de Pasteur–, basados en el veneno de las especies Naja, predominantes en la India. Utilizando los principios inmunológicos disponibles en la época, Vital Brazil comprobó que este suero no hacía efecto en animales inoculados con el veneno de serpientes brasileras como la jararaca y la cascabel. Comprobó también que el suero de la cascabel no protegía a la persona picada por una jararaca y viceversa. Para solucionar este problema, hizo un suero polivalente y lo denominó 'suero antiofídico'.

Este descubrimiento, sumado al prestigio que comenzaba a tener, hicieron que Vital Brazil recibiera gran apoyo de las autoridades públicas de la época. La caballeriza en la cual comenzó sus investigaciones en 1899 se transformó, dos años después, en el Instituto Butantán (Brazil, O. V., 1996).

Entre 1901 y 1916, la vida de Vital Brazil cambió radicalmente. El Instituto Butantán se transformó en uno de los más importantes laboratorios de investigación y producción de inmuno-terápicos e inmuno-biológicos de Brasil, y el científico convenció a las autoridades, clientes y colegas de la eficacia y relevancia del descubrimiento.

Si Vital Brazil hubiera permanecido detrás de la mesa de laboratorio, con su descubrimiento en las manos, las vidas hubieran continuado siendo segadas y el Instituto Butantán, un pantano cercado por caballos. En ese sentido, la singularidad del individuo merece atención (Levi, 1989).

Se establecieron diferentes iniciativas políticas y científicas para que Vital Brazil obtuviera notoriedad. Por un lado, convenció a sus colegas difundiendo sus ideas en revistas, libros y congresos. Muchas veces, el científico concluía su presentación haciendo experiencias con animales delante del público: el animal era pesado, se le inoculaba con una cantidad de veneno y más tarde, una dosis de suero proporcional al peso. Los animales contaminados con veneno de jararaca o cascabel morían a pesar de haber recibido el suero de Calmette. Otros animales envenenados de la misma forma sobrevivían al recibir el suero antiofídico producido por él. ¡Así quedaba comprobada, frente a todos, la eficacia del tratamiento!

Pero convencer a los científicos no era suficiente. Le cabía ahora convencer a los consumidores del producto: sus clientes (Pereira Neto, 1997). Una de las estrategias en este sentido fue calificar su tratamiento. Vital Brazil analizó buena parte de las prácticas curativas vigentes en la sociedad de la época. Después de persistentes investigaciones en el laboratorio, confirmó la ineficacia de los tratamientos basados en la obstrucción de la penetración del veneno en el torrente sanguíneo. Luego de observar, concluyó que la succión del veneno y la aplicación de

fuego, hierro en brasas y sales minerales, hechas en la zona de la picadura, no surtían el efecto esperado. Demostró que la rapidez con la que el veneno se fijaba en los tejidos humanos impedía el éxito de estos tratamientos. Siguiendo el método experimental, Vital Brazil probó que la aplicación del suero no debería ser hecha en el local de la picadura sino donde hubiera piel abundante y de fácil distensión (Pereira Neto, 2000).

En 1910, el uso del suero antiofídico ya era común en Brasil. Una de las señales que comprueban su uso, fue su creciente demanda y producción. A pesar de las condiciones rudimentarias de trabajo, las ampollas producidas en el Instituto Butantán eran cada vez más buscadas. Entre 1902 y 1906, se entregaron al público 900 ampollas. Entre 1907 y 1911 el número creció para 12.600 ampollas. Con la publicación del libro *La Defensa contra el Ofidismo*, en portugués y en francés, el prestigio del empresario y científico Vital Brazil sobrepasó las barreras estrictamente nacionales. No por coincidencia en el mismo año en que publicaba este libro (1910), Vital Brazil consiguió autorización oficial para la construcción de la nueva sede. Con las nuevas instalaciones inauguradas en 1914 y la contratación de funcionarios, la producción del Instituto aumentó, mejoró la calidad, se diversificó y alcanzó consumidores en todo el país. Para tener una idea de ese crecimiento cabe señalar que en el año de 1916 el Instituto Butantán produjo aproximadamente 9.500 ampollas de suero antiofídico (Rosenfeld, 1969).

Para obtener la notoriedad que alcanzó, Vital Brazil demostró, a lo largo de su vida profesional, extrema habilidad política. Decimos esto pues a nuestra forma de ver, él supo lidiar con opuestos, retroceder, avanzar y tomar decisiones. Supo enfrentar lo indeterminado y aprovecharse del acaso. No todos los individuos manipulan bien las coordenadas de la percepción del momento político. En este caso, como en otros, el individuo sobresale. Vital Brazil fue hábil al lograr sacar provecho de las relaciones interpersonales establecidas a lo largo de su vida. Se relacionó y fue leal con hombres influyentes como Adolpho Lutz y Emílio Ribas. Gracias al dominio de este arte, fue nombrado Director del Butantán, con cerca de 10 anos de formado (Pereira Neto, 1997).

El sorprendente crecimiento material y reconocimiento social y científico del Instituto Butantán parecen haber provocado reacciones en científicos del Instituto Oswaldo Cruz, en Río de Janeiro. Se temía que Vital Brazil, dirigiendo una institución estadual paulista, suplantara a la institución carioca, vinculada al gobierno federal. Esta es una hipótesis que no puede ser descartada. En 1916, Arthur Neiva sucedió a Emílio Ribas en la dirección del Servicio Sanitario del Estado de San Pablo. Neiva pretendía transformar el Butantán en una fábrica de sueros, vacunas y otros productos biológicos. Deseaba imponer su voluntad al Butantán, queriendo pasar por encima de su director y fundador. La salida de Ribas y la entrada de Neiva fueron decisivas en los rumbos de esta historia. El primero daba libertad de acción al científico. ¡El segundo, no! Vital Brazil, actuando políticamente, analizó las nuevas circunstancias y tomó su decisión. No aceptó las interferencias de Neiva y se apartó de la Institución. Partió para Niterói, donde creó otro instituto de investigación y producción de sueros, vacunas y medicamentos. En esta oportunidad la institución era privada, con su nombre y plena autonomía

para ejercer su trabajo. Hacer ciencia, organizar institutos y políticas de salud son competencias que dependen del apoyo político y del cimiento creado por políticos. Esta debe haber sido la conclusión a la que nuestro personaje llegó en aquellos años difíciles que pasó al final de la década de 1910 (Benchimol & Teixeira, 1993).

La historia de la vida de Vital Brazil (1865/1950) fue, por tanto, fruto de una tensión constante entre lo individual y lo colectivo, entre lo continuo y lo mutable. En el primer caso, el contexto del final del siglo XIX en Brasil, indicaba el oeste paulista como el polo económico próspero. Para allá convergían intereses y colectividades. Delante de lo que vio y percibió, un individuo transforma una necesidad higiénica y científica en una realidad económica. Continua fue su búsqueda por estabilidad económica. Mutables fueron las formas que encontró para realizar sus sueños. Productor de sueros, instituciones y artículos. Los mundos se mezclan: el privado y el público, el clínico y el científico; el político y el administrativo. Muchos Vitales Brazil dentro de un sólo hombre. La pluralidad se revela en una singularidad de inagotables facciones. Continuo y discontinuo. Individual e hijo de las colectividades. Hombre de su tiempo. Inmerso en sus preocupaciones. Atento a sus demandas. Vital Brazil: una vida en diferentes tiempos. Tiempos sucesivos y continuos. Tiempos individuales y colectivos. Tiempos particulares, privados y públicos. Tiempos que produjeron un hombre que osaba ver más allá de la curva y que hizo de su vida una leyenda. Una historia que merece ser mejor conocida.

Veamos el caso de GARCÍA MEDINA.

A finales del siglo XIX y comienzos del XX, la 'higiene pública' en Colombia, inicialmente de orientación miasmática, fue cambiando lentamente sus concepciones y métodos en la medida en que se fue apoyando cada vez más en la recién fundada bacteriología. Este proceso fue denominado como "bacteriologización de la higiene pública" (Quevedo et al., 2000). A partir de 1914, este modelo higienista se fue reemplazando, en América Latina, por el nuevo modelo de 'salud pública' norteamericano. Este último fue formulado a partir de las iniciativas de la Fundación Rockefeller, e implementado en el nuevo Instituto de Salud Pública de la Universidad de Johns Hopkins, y, a través de las campañas de erradicación implementadas por la Fundación y su acción sobre los servicios nacionales de salud, se fue volviendo hegemónico en los distintos países del continente durante la primera mitad del siglo XX (Quevedo et al., 2000).

Fue Pablo García Medina (1858 1935), el principal promotor de dicho proceso de bacteriologización de la higiene pública y de su institucionalización en Colombia desde 1891. Su influencia perduró hasta 1931, fecha en que fue retirado de su cargo como Director nacional de Higiene por Decreto presidencial y reemplazado por uno de los nuevos salubristas, que había sido formado por la Fundación Rockefeller en los Estados Unidos. Presentaremos a seguir algunas de sus ideas y realizaciones más destacadas. Resaltaremos su competencia política tanto para institucionalizar la presencia del Estado en diferentes sectores de la salud públi-

ca como para mantenerse al frente de las instituciones que ayudó a crear. Las mudanzas políticas de los grupos que dominaron el poder central en Colombia entre 1891 y 1930 no removieron a García Medina de la dirección de los principales órganos de formulación de políticas públicas en salud.

Veamos como comenzó todo.

Pablo García Medina nació en Tunja, Boyacá, Colombia, en 1858 y recibió el grado de Doctor en Medicina y Cirugía de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia en 1885 destacándose como estudiante inteligente y dedicado (Aparicio, 1951). Poco después se trasladó a Bogotá, en donde contaba con la paternal amistad de su tío materno, el destacado médico y farmacólogo Bernardino Medina. Allí compartió con él su consultorio y le colaboró en el montaje y manejo de una farmacia. Debido a la crisis económica producida por la guerra civil que en ese periodo azotaba al país, la farmacia presentó considerables pérdidas y fue necesario liquidarla rápidamente (Aparicio, 1951). El proyecto político vencedor, liderado por los conservadores y el grupo de los liberales moderados, se plasmó en la Constitución de 1886 (Tirado-Mejía, 1983). Esta había incluido el tema de la higiene pública en uno de sus artículos y a partir de allí se desprendió la creación, el 15 de octubre de 1886, de la Junta Central de Higiene, organismo central que regularía el control de los asuntos sanitarios en el país. Este era el resultado, por una parte, de la importación y desarrollo del cuerpo teórico sobre la higiene pública de origen francés por parte de los médicos colombianos de la época y por otra, de la intervención política de dichos médicos en el proceso de construcción del nuevo Estado (Quevedo, 2000). La Junta comenzó a funcionar en 1887 (Quevedo, Hernández & Miranda, 1993). En 1891, Pablo García Medina fue nombrado como su Secretario (Cáceres & Cuellar-Montoya, 1998). En la época, él ya ocupaba el cargo de Secretario de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales, después transformada en Academia Nacional de Medicina.

García Medina propuso a la Junta Central de Higiene que se organizara una institución en la cual se pudiese cultivar la vacuna contra la viruela en el país. Como consecuencia de sus gestiones y debido a la grave epidemia de viruela que se presentó en aquel momento, en diciembre de 1897 se creó el Parque de Vacunación. El día 10 de diciembre se hizo la primera remesa de vacuna al Ministerio de Gobierno. El entendía que los individuos debilitados y colocados en malas condiciones higiénicas perdían su inmunidad natural y se convertían en un "peligro para los que lo rodean", por que podían transmitir un germen más virulento que el que recibieron (García Medina, 1897), y propuso el desarrollo de una reforma social apoyada en el conocimiento aportado por la nueva higiene (la higiene "bacteriologizada"), con el fin de garantizar la continuidad del sistema social.

En 1905, García Medina suma otro cargo en la salud pública al ser nombrado médico adjunto de la Oficina Central de Lazaretos. La lepra, a comienzos del siglo XX, era considerada por el gobierno del General Reyes como un obstáculo en la ruta hacia el progreso y la civilización y por lo tanto, un problema digno de ser solucionado. La Oficina Central de

Lazaretos, tenía por objetivo unificar la dirección de las tres poblaciones que en Colombia tenían el carácter de lazaretos, las cuales dependían antes de cada una de las juntas departamentales de beneficencia. La lepra dejaba de ser un problema de la caridad cristiana para convertirse en un problema de Estado (Obregón-Torres, 2002). La presencia de García Medina como médico adjunto de la Oficina tuvo dos repercusiones fundamentales: Por una parte esclareció las estadísticas sobre la enfermedad, antes sobreestimadas y por otra, transformó los establecimientos de lazaretos en colonias de enfermos y centros de estudio, sacándolas de su condición de simples lugares de hacinamiento de las víctimas (Aparicio, 1951).

Con la elección del Presidente Carlos E. Restrepo en 1910, el desarrollo de la economía cafetera se intensificó, provocando el aumento en los transportes y servicios ligadas a ella. Como consecuencia, la movilidad de las poblaciones y su desplazamiento hacia las regiones cálidas a donde se estaban construyendo los ferrocarriles y caminos también aumentó. Esto fue dando origen a nuevos patrones epidemiológicos debidos a la aparición de nuevas enfermedades de los climas cálidos, las llamadas enfermedades tropicales (Quevedo et al., 2000).

En esa misma época, García Medina continuaba siendo un personaje central del medio académico de la salud en Colombia. En 1912, cuando dejó el cargo de Presidente de la Academia Nacional de Medicina, fue nombrado Secretario Perpetuo de la misma. En el año siguiente, participó de la organización del Segundo Congreso Médico de Colombia, donde propone la transformación de la Junta Central de Higiene en un Consejo Superior de Sanidad. El propósito era organizar científicamente la higiene no sólo en las capitales, sino de modo que comprendiera puertos, ciudades pequeñas, escuelas, teatros y habitaciones, todo ello con miras al futuro crecimiento nacional.

García Medina fue nombrado Director del nuevo organismo, que contó ya con un poder más definido que el de la Junta Central de Higiene y con un presupuesto propio. Tuvo además, en ese momento, una función legisladora y controladora de la Higiene Pública y Privada y no solamente la de "obtener los datos científicos necesarios para resolver las cuestiones que se rocen con la salubridad pública", como se imponía a la Junta anterior.

No obstante, al año siguiente, al final del período presidencial de Carlos E. Restrepo, el Republicanismo había perdido entusiasmo. Habían tenido más fuerza los intereses politiqueros de grupo partidista tradicional que el 'proyecto nacional', los grupos dominantes tradicionales regresaron al poder y el Consejo Superior de Sanidad fue transformado nuevamente, por ley, en Junta Central de Higiene, adscrita al Ministerio de Gobierno (García-Medina, 1917). Sin embargo, Pablo García Medina siguió a la cabeza de la Junta y, a partir de 1915, prosiguió con el proceso de saneamiento de los puertos que había iniciado desde la primera Junta Central de Higiene (Quevedo et al., 2000).

Los cambios políticos nacionales parecen no haber removido a García Medina de los puestos de decisión y poder en salud de Colombia.

Tres años después, García Medina logra que sea aprobada una ley que funda la Dirección Nacional de Higiene, substituyendo a la Junta Central de Higiene (García Medina, 1927). En este acto, revela una vez más, su competencia política. García Medina fue escogido como Director, con potestad para nombrar a los Directores Departamentales de Higiene y a las autoridades sanitarias de las principales ciudades (García Medina, 1927). Desde esta institución, la higiene nacional y el programa idealizados por García Medina finalmente comenzaron a tomar forma. Como entidad de carácter nacional, la Dirección Nacional de Higiene tenía a su cargo la dirección, vigilancia y reglamentación de la higiene pública y privada, que incluía el control de enfermedades infectocontagiosas, el cuidado del parque de vacunación y lo relativo a trabajos bacteriológicos o químicos para el diagnóstico de enfermedades en tanto se establecía el Instituto Bacteriológico Central decretado por la misma ley (García Medina, 1927).

Sin embargo, la crisis del Estado y las urgencias de su reconstrucción hicieron casi imposible su vinculación de una manera más activa al proceso de desarrollo de una higiene pública fuerte en el país, razón por la cual, los avances dependieron en el futuro en buena parte, del interés privado de médicos y cafeteros, con la campaña contra la uncinariasis ante todo (García & Quevedo, 1998). Pero con estos avances el país se preparó para dar el salto a una nueva Salud Pública (Quevedo et al., 2000). Una nueva salud pública en la que García Medina, la Fundación Rockefeller y la campaña contra la uncinariasis fueron protagonistas.

Una de las funciones fundamentales de la Dirección, a la que García Medina orientó la mayor parte de sus esfuerzos, fue la relativa a la sanidad portuaria con el propósito de favorecer tanto el intercambio comercial como el arribo de los tan esperados contingentes de inmigración europea. El principal obstáculo para esta inmigración lo representaban las enfermedades tropicales, y el arma con la que se contaba para enfrentarlas era la Higiene Pública.

Pablo García Medina estaba de acuerdo además con la intervención norteamericana en América Latina en el campo de la sanidad y la higiene. En 1922 era Director Honorario de la Oficina Sanitaria Internacional (hoy Oficina Sanitaria Panamericana). En este cargo, él fue favorable al nombramiento funcionarios del Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos establecidos en Suramérica y Centroamérica con el fin de representar de forma oficial a la Oficina Sanitaria. Estas acciones eran consideradas medidas salvadoras que se enmarcaban perfectamente dentro de una preocupación nacional: el fortalecimiento de la raza, uno de cuyos presupuestos era el mejoramiento de las condiciones sanitarias del país. Así, en 1923, ante el peligro inminente de infección para los puertos del Magdalena que representaba la presencia de fiebre amarilla en Bucaramanga, Medina, solicitó una nueva Comisión de la Fundación Rockefeller para emprender el saneamiento en esos puertos.

Bajo el mandato del presidente Pedro Nel Ospina, interesado en la infraestructura financiera del país, se reorganizaron los Ministerios y la Dirección Nacional de Higiene conservando la misma estructura administrativa y García Medina continuó siendo su Director.

Pablo García Medina, como Director de Higiene, venía insistiendo en la necesidad de que la higiene incluyese la asistencia pública (entendida como atención en salud para aquellos que no podían costearse el servicio por sus propios medios). Sin embargo, no logró hacer realidad ese deseo sino hasta 1925 cuando se adicionó el control de la Asistencia Pública a la Dirección Nacional de Higiene y esta pasó a llamarse Dirección Nacional de Higiene y Asistencia Pública. De esta manera se comenzó el control estatal de las instituciones privadas y de beneficencia que prestaba la asistencia pública.

En ese mismo año, el gran proyecto de García Medina se fue haciendo realidad. El Estado decidió organizar un Instituto Nacional de Higiene. Efectivamente, en 1926 se inauguró el 'Palacio de Higiene' donde se centralizaron todas las dependencias de la Higiene. En él funcionaron la Dirección Nacional de Higiene y Asistencia Pública, el Departamento de Estadística Médica, la Sección Química del Laboratorio Nacional de Higiene, con sus dependencias, la Sección de Bacteriología del mismo laboratorio, el Departamento de Uncinariasis y un departamento para aplicar gratuitamente al público las vacunas antitífica, antivariolosa y contra la tos ferina. En ese mismo año de 1926, se fundó el Instituto Nacional de Higiene a partir de la compra del Laboratorio privado Samper-Martínez por parte del Estado. El laboratorio cumplió, a partir de ese momento, las tan añoradas funciones de laboratorio bacteriológico y se encargó de la producción de las vacunas y los sueros, continuando así con la que había sido la principal actividad desde su fundación en 1917.

Las instituciones de salud eran creadas, su poder era ampliado y García Medina continuaba en el poder. El Instituto Nacional de Higiene, como los anteriores, quedó bajo el mando de Pablo García Medina desde la Dirección Nacional de Higiene. Bajo su dirección se desenvolvió, al comienzo de los años 30, un programa de lucha contra la tuberculosis. Ya que las enfermeras visitadoras se habían convertido en una pieza indispensable para que la higiene desempeñase el papel de ciencia social, el programa de lucha contra tuberculosis promovió la organización de la primera Escuela Nacional de Enfermeras, con la influencia directa de la Fundación Rockefeller. A partir de 1930 se produce en Colombia la derrota electoral del Partido Conservador y el advenimiento al poder del Partido Liberal con el apoyo del voto de los trabajadores urbanos surgidos como consecuencia del crecimiento industrial que caracterizó las tres primeras décadas del siglo XX (Melo, 1995).

Con el Presidente Enrique Olaya Herrera termina una hegemonía conservadora de 44 años e inicia una etapa decisiva para la modernización del país, con las consabidas limitaciones de la dependencia extranjera. El gobierno de Olaya Herrera, replanteó las funciones del Estado para enfrentar los problemas derivados de la crisis del lustro anterior y de la depresión internacional de 1930. Se trataba de darle al gobierno un papel más activo en el manejo de los asuntos económicos y sociales, actuando como mediador entre los intereses particulares y los intereses sociales. En este sentido debería intervenir sobre la propiedad privada en beneficio del interés social. Todo lo anterior apoyado en el concepto de 'función social' (Restrepo & Villa, 1980). Esta nueva concepción del Estado conduce necesariamente a la idea de que 'la

salud es un deber del Estado y la base del Progreso Nacional'. Como veremos a seguir, en esta oportunidad las alteraciones políticas retiraron a García Medina del poder.

En el marco del nuevo gobierno liberal, García Medina logra estructurar, por ley, un Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública (DNHAP) autónomo, con capacidad administrativa, aunque no económica, para abordar los principales problemas sanitarios del país. De esta forma, con la nueva estructura sanitaria, el gobierno liberal acude a dos fórmulas combinadas: la salud como política del Estado y el manejo técnico de la Organización Sanitaria. Para este momento el Estado cuenta ya con los profesionales formados en las universidades norteamericanas, gracias a las becas de la Fundación Rockefeller, lo cual continúa en forma más clara durante esta década. Con esta norma, el Estado colombiano buscó aunar los esfuerzos de la higiene pública y la higiene privada, establecer vínculos entre la acción sanitaria orientada por las exigencias extranjeras derivadas de las necesidades planteadas por el comercio exterior y aquella orientada por las necesidades políticas internas, así como combinar la experiencia de los médicos colombianos con los aportes de las campañas extranjeras. Intento que, en todo caso, no logró un desarrollo a cabalidad dadas las condiciones sociopolíticas en que se desenvolvía el país.

Alegándosele cierta inconstitucionalidad a la autonomía que se le otorgaba al Departamento y atendiendo a la necesidad de la renovación del Estado el DNHAP fue transformado, por decreto, en Departamento Nacional de Higiene (DNH) y se le creó una nueva estructura, pasando a depender directamente de la Presidencia de la República (García-Medina, 1931). Por medio de este Decreto, Pablo García Medina fue retirado de su cargo como Director Nacional de Higiene. En su lugar, Enrique Enciso, médico colombiano formado en Salud Pública en los Estados Unidos entre 1920 y 1922 con el apoyo de una beca de la Fundación Rockefeller, fue nombrado Director Técnico General de Higiene. Durante comienzos del año 1932, en una sucesión de decretos presidenciales que aprobaban Resoluciones emanadas de la Dirección del DNH, se reorganizaron los diferentes servicios de que constaba el DNH, transformándole la fisonomía.

Según lo expresado por el director técnico y el administrador general del DNH de aquel entonces, tres principios motivaron los cambios efectuados: Unidad, División del trabajo y Centralización. El primero tenía que ver con la concepción de la higiene nacional como un servicio público de carácter administrativo, el cual debía estar sometido al poder del jefe de la administración nacional, esto es, el Presidente de la República. El segundo hacía referencia a la distinción de funciones que se deberían establecer en una organización sanitaria, en términos del manejo técnico-sanitario y administrativo-financiero. Por último, el tercer principio tenía que ver con la necesidad de evitar la dispersión de los esfuerzos y permitir enfocar los problemas desde un marco general y una visión panorámica común.

Todo esto era cierto, pero además, a Pablo García Medina le había llegado la hora. Aunque García Medina se consideraba así mismo como miembro elite de una tecnocracia apolítica, la política es implacable. García Medina había pagado una cuota muy alta habiendo sido el orga-

nizador de la higiene durante toda la hegemonía conservadora. Por otra parte, con la creciente influencia de los Estados Unidos en Colombia, la antigua 'higiene bacteriologizada' tenía que dar paso ya a una hegemonía más directa de la nueva Salud Pública norteamericana y Enciso Ruiz era en ese momento su más preclaro representante nacional. La caída de García Medina fue pues el golpe de gracia a la antigua higiene y el embalaje final para la transición definitiva hacia la instauración de la nueva salud pública, hecho que ocurrirá con el nacimiento del Ministerio de Salud Pública en 1953 (Quevedo et al., 2000)

Pocos meses antes de morir (1935) García Medina recibe la Cruz de Boyacá, máximo galardón colombiano, de las manos del Presidente de la República, Dr. Alfonso López Pumarejo, con el fin de darle una muestra de reconocimiento y gratitud nacionales. La obra bibliográfica de García Medina es hasta hoy texto obligado para los funcionarios públicos, los políticos de la salud y los historiadores de la salud pública en Colombia.

Pablo García Medina representa pues, una época y una manera de entender la higiene y la política sanitaria en Colombia.

Veamos, para terminar, el caso de Eduardo LICEAGA.

Una figura importante en el desarrollo de la salud pública del México porfiriano fue Eduardo Liceaga. El periodo porfiriano corre de 1876 a 1911, cuando el general Porfirio Díaz dirige el país; fue una época de dictadura en la cual se dio un fuerte apoyo a la ciencia nacional, bajo la influencia de la ciencia europea. Dentro de ese ambiente propicio para el cultivo de las especialidades científicas, en este caso médicas, destacó Liceaga, dirigiendo sus actividades hacia la higiene y salubridad pública. El propósito del presente estudio consiste en resaltar las actividades que Liceaga emprendió dentro del área de la higiene y salubridad pública.

Liceaga nació en Guanajuato en 1839 y murió en la ciudad de México en 1920. Cursó la carrera de medicina, de la cual obtuvo el título en 1866. Perteneció a una pequeña elite social y científica, ligado a la política, no sólo como amigo y consejero del presidente Porfirio Díaz, sino también como su médico personal. La carencia de una orientación higiénica y sanitaria dentro de la Escuela Nacional de Medicina, Liceaga la suplió viajando a diversos países europeos, Francia, Bélgica, Italia y Alemania con el objeto de estudiar la higiene y las medidas de salubridad que se ponían en marcha en esos países, de ahí que a su regreso a México emprendiera importantes actividades y campañas sanitarias. Fue autor de diversos escritos sobre clínica médica y salud pública.

Liceaga ocupó la dirección de dos importantes instituciones de salud mexicanas: la primera, fue el Consejo Superior de Salubridad, institución responsable de la salud pública de México (1885-1914). La segunda fue la Escuela Nacional de Medicina, cargo que ocupó de 1902 a 1911. Los 29 años que presidió este Consejo y los 9 en los que dirigió la Escuela, coincidieron en gran parte con la época en que Porfirio Díaz estuvo en el poder (1876-1911). El apoyo que

Liceaga tuvo del dictador, nos parece determinante para explicar el éxito de sus iniciativas. En las dos instituciones impuso su marca, implementando diferentes innovaciones que repercuten hasta los días actuales.

Veremos inicialmente algunas características de su gestión al frente del Consejo Superior de Salubridad. Enseguida, analizaremos su actuación en la Escuela Nacional de Medicina.

Entre los aspectos que caracterizan su paso por el Consejo, se destaca la promulgación del Primer Código Sanitario y la creación del Instituto Antirrábico y del Hospital General, siguiendo los modelos europeos. El objetivo general del Consejo era coordinar la salud pública, aplicar exámenes a los pasantes de medicina; vigilar la salubridad pública, como el aseo de las calles, de edificios públicos entre ellos hospitales, escuelas, mercados, cárceles, mataderos, establos, cementerios, etcétera; supervisar el abastecimiento de agua potable, reglamentar el trabajo sexual, fijar las tarifas de medicamentos, aplicar la vacuna contra la viruela y crear un código sanitario.

En cabeza de Liceaga, el Consejo Superior de Salubridad elaboró Primer Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos en 1889, que fue promulgado dos años después. Es pertinente señalar que el Consejo Superior de Salubridad se creó en 1841 y desde entonces estaba pendiente la elaboración de un código sanitario; es decir, tardó 50 años en concretarse. Oficialmente, los objetivos del Código Sanitario fueron tres: remediar las necesidades del momento y urgentes; proponer a las autoridades medidas propias para impedir el desarrollo de las enfermedades transmisibles y acabar con los abusos inveterados, con la adulteración de sustancias alimenticias y medicinales; es decir, promulgar la higiene (*Diario Oficial*, 1891). En la presentación de dicho Código, Eduardo Liceaga señalaba cuál era el objetivo de la higiene: conservar la salud, prolongar la vida y mejorar la condición física de la especie humana (Álvarez-Amézquita et al., 1960).

Los incisos contenidos en ese código ofrecen consideraciones que tienen validez actual, puesto que Liceaga pretendía prevenir las enfermedades, antes que curarlas, lo cual no era usual hasta ese momento. Señala que para el gobierno era muy costoso tener un hombre enfermo, no sólo por lo que dejara de producir debido a su enfermedad, sino también por los gastos que implicaba su curación; en fin, Liceaga fue un hombre con una amplia visión en el campo sanitario.

Estando en la Dirección del Consejo Superior de Salubridad, además de la promulgación del Código Sanitario, Liceaga se preocupó con la urbanización de la capital, dedicando importantes esfuerzos a favor de este proceso en la ciudad de México, pavimentación, agua potable, alcantarillado, drenaje y tratamiento de desechos. En su autobiografía, publicada en 1949, Liceaga enfatiza que el Consejo Superior de Salubridad conocía los recursos de la ciencia sanitaria y los aplicaba en la prevención de enfermedades, como fueron la peste bubónica y la fiebre amarilla. Estos estudios habían puesto en manos de las autoridades sanitarias recursos

para prevenir ciertas dolencias que aparecían en forma endémica o epidémica. Con el objeto de ampliar la información sobre las enfermedades transmisibles, Liceaga subrayó la importancia de los congresos médicos e higienistas, nacionales y extranjeros, entendidos como foros de importantes discusiones.

La actuación de Liceaga al frente del Consejo, alcanzó dimensiones internacionales. En 1887, viajara a París para asistir al laboratorio de Luis Pasteur, quien dos años antes había puesto en práctica la vacuna contra la rabia. Pasteur entregó a Liceaga un cerebro de conejo inoculado para que al regresar a México emprendiera las tareas necesarias que le llevarían a elaborar la vacuna antirrábica. Después de múltiples experimentos, Liceaga realizó la primera inoculación humana en abril de 1888 (Liceaga, 1892), creándose en México un Instituto Antirrábico, que funcionó del año citado a 1938; posteriormente, la vacuna contra la rabia se elaboró en el Instituto de Higiene.

Otra obra, fruto de su presidencia del Consejo Superior de Salubridad, fue la idealización y construcción de un hospital general, moderno y práctico, en uno de los suburbios de la capital, según modelos europeos. Dicho proyecto contempló la construcción de pabellones para distribuir a los enfermos por secciones: maternidad, infancia, infecciosos (enfermedades venéreo-sifilíticas, tuberculosos, tifosos y leprosos) y no infecciosos; separados los hombres de las mujeres. Al mismo tiempo pretendía ser un local para la formación práctica de los futuros médicos. Es decir, el Hospital General tenía dos fines: la asistencia de los enfermos, ya fuera en consulta externa o internados, y optimizar la enseñanza de la medicina (Liceaga, 1949). Ahí se formarían profesionales que, para Liceaga, competirían con los del Norte y con los del sur del continente. Liceaga expresaba que él y sus contemporáneos tenían una deuda que saldar: Para él, en el espacio transcurrido entre 1833 y 1880, México había tenido la supremacía de la enseñanza y de la práctica de la medicina en todo el hemisferio occidental; asentaba que después de esa fecha, los norteamericanos no sólo habían alcanzado a los mexicanos, sino que los habían superado. Lo mismo había sucedido con Chile y Argentina. Por tanto, Liceaga subraya que tenían el deber de recobrar su antigua posición científica y el sitio idóneo era el Hospital General, donde las especialidades médicas tuvieron principio.

Veamos, a seguir, algunas características de su desempeño como director de la Escuela Nacional de Medicina, cargo que ocupó de 1902 a 1911.

Para Liceaga la enseñanza era deficiente, a pesar de la revisión y actualización de los planes de estudio. Liceaga señalaba que los alumnos presentaban exámenes lúcidos en la parte teórica, pero en las demostraciones de anatomía, en los ejercicios de disección y sobre todo en las clínicas, manifestaban marcada inferioridad. Los resultados denotaban escasez de conocimientos prácticos. Asimismo, Liceaga criticaba que la ley de instrucción pública tolerara las inasistencias a los estudios teóricos y sobre todo a los prácticos, además de que permitía los exámenes a título de suficiencia.

Liceaga hace especial hincapié en la experimentación, que abría constantemente nuevas vías de investigación; sugería ideas originales, habituaba a pensar por uno mismo y desarrollaba el sentido crítico. Liceaga expresaba que los profesores de clínica tenían la responsabilidad de enseñar a los alumnos a observar, a percibir claramente, a apreciar cada signo, a tenerlos todos en cuenta, en fin, a tener criterio propio. En síntesis, cabe afirmar que Liceaga dio un paso firme en la reforma educativa. Pretendió introducir el método científico en el estudio de los enfermos, pretendía que los alumnos de medicina hicieran diagnósticos analíticos. De igual manera, mientras dirigía la Escuela de Medicina, modificaba el plan de estudios.

En resumen, Eduardo Liceaga fue una figura trascendente en el campo de la salud pública de México. Fue un gran higienista, no obstante que, cuando lo nombraron presidente del Consejo Superior de Salubridad, no tenía estudios especiales de higiene. Por esta razón, al aceptar el cargo, Liceaga sintió la responsabilidad de informarse y actualizarse en temas sobre higiene, por eso viajó a Europa para conocer las nuevas teorías sanitarias. Esto le hizo afirmar que los progresos de la ciencia y la experiencia que adquirió le impusieron la necesidad de introducir nuevas reformas.

Liceaga entendió a la medicina en su sentido más amplio, ya que no sólo contempló el aspecto curativo, que, por obvias razones, es al primero que se recurre. Además del hombre enfermo, le interesó el hombre sano. Al encabezar el Consejo Superior de Salubridad, Liceaga expresaba que la base del engrandecimiento de una nación estaba en su gente, a quien había que conservar sana a través de medidas higiénicas.

Liceaga fue un hombre inteligente, pero también hay que recordar que le tocó vivir una época donde los progresos eran evidentes. Una época en que el gobierno nacional era ocupado por una elite favorable al desarrollo científico y tecnológico. Este contexto caracterizó el final del siglo XIX, cuando el paradigma del momento era el positivismo que entendía a la ciencia como fuente de progreso y modernización. Liceaga fue, en este sentido, parte integrante de una política científica más amplia, implementada por Porfirio Díaz.

El régimen porfirista apoyó el cultivo de la ciencia, para lo cual se contó con instituciones y foros de discusión e investigación, la mayoría creados precisamente durante el porfiriato, entre ellos el Instituto Médico Nacional, la Academia Nacional de Medicina, el Instituto Antirrábico, el Instituto Homeopático Mexicano, el Museo Anatomopatológico, el Instituto Patológico Nacional y el Instituto Bacteriológico Nacional. Asimismo se conformaron sociedades académicas para intercambiar conocimientos y circulaban publicaciones periódicas que actualizaban al lector. Las sociedades académicas que sesionaban eran fiel reflejo del interés científico del momento, interés no sólo del gobierno porfirista sino también de los profesionales de las ciencias naturales, médicos, farmacéuticos, biólogos.

Por tanto, cabe afirmar que una figura como Liceaga, con muchos proyectos e inquietudes en mente, se movía como pez en el agua, tenía todo a su favor, el apoyo gubernamental, las

instituciones que florecían y la apertura de México hacia el extranjero, que le permitía conocer el desarrollo científico. En fin, Liceaga hizo importantes contribuciones para la medicina mexicana, aportes que aún perduran, como la construcción del Hospital General, que hoy en día sigue funcionando. Fue un hospital novedoso, ya que contó con pabellones independientes para diversas especialidades. Otra obra importante de Liceaga fue la urbanización de la ciudad de México, dotada en ese entonces de agua potable, alcantarillado, drenaje y alumbrado público. De la misma forma hubo un avance significativo en el manejo de excretas. En el campo de la salud pública se interesó por prevenir enfermedades, no sólo a través de medidas higiénicas sino también con la aplicación de vacunas; se interesó en averiguar la etiología de algunas enfermedades y dictar medidas curativas para otras. Todos estos proyectos pudieron hacerse realidad debido a dos razones: el interés nacional de hombres como Liceaga y Porfirio Díaz, que brindó un apoyo incondicional al cultivo de la ciencia y, la influencia de la ciencia europea, que se introdujo y adoptó en México.

Consideraciones Finales

Eduardo Liceaga, en México, Pablo García Medina, en Colombia y Vital Brazil, en Brasil, fueron sin duda, figuras importantes en el desenvolvimiento de la salud pública de América Latina.

A título de conclusión, podríamos trazar algunos paralelos entre las trayectorias de estos profesionales, siempre útiles e instigadores.

Por un lado, todos vivieron en la misma época. Son frutos del mismo contexto histórico. En términos políticos, el final del siglo XIX y el inicio del siglo XX están caracterizados por la construcción del Estado Nacional y por su creciente presencia en la sociedad. De formas diferentes, cada uno de ellos participó de ese momento de organización de la esfera pública en el área de la salud, interfiriendo en la vida privada de los ciudadanos. En términos ideológicos, todos vivieron ese momento dominado por el ideario positivista. Con él, la ciencia era vista como fuente de modernización y desarrollo nacional. En este caso la salud pública asumió un papel destacado. Por lo demás, aquel contexto fue marcado por una transición paradigmática: la orientación miasmática fue siendo reemplazada por otra de matriz bacteriológica. Los tres fueron a su manera, líderes en el proceso de bacteriologización de la higiene pública. Todos se graduaron en medicina, pero no siguieron la carrera clínica. Aún así, los tres comenzaron la vida como médicos atendiendo en consultorio particular. García Medina compartió su primer consultorio y ayudó a montar la farmacia de su tío. Vital Brazil buscando sobrevivir atendiendo clientes en el sector productivo más próspero de Brasil, se encontró inesperadamente con las serpientes y con los accidentes que ellas provocan.

Las motivaciones que sacaron a estos tres personajes del ambiente privado y protegido del consultorio particular fueron diferentes. La decisión de Liceaga parece haber sido fuertemente influida por las íntimas relaciones que tenía con el dictador en el poder. Vital Brazil

intentó responder a una demanda social. Invirtió en esta alternativa y adquirió una proyección pública singular.

Todos, guardadas las debidas diferencias, mantuvieron una intensa relación con el poder público y sus representantes. Liceaga creció y se desenvolvió a la par del dictador Porfirio Días (1876-1911). El era su amigo y médico personal. Esta íntima relación, tal vez explique el hecho de haber presidido el Consejo Superior de Salubridad, durante todo el porfirianato. Este cargo le dio proyección nacional y lo transformó en una de las más importantes autoridades en salud pública de México. La promulgación del Primer Código Sanitario (1891), fue una de sus más importantes iniciativas. Como pez en el agua, tenía todo a su favor: el apoyo gubernamental, las instituciones que florecían y la apertura al extranjero. Vital Brazil vivió amparado por Emilio Ribas y Adolpho Lutz. Cuando la protección cedió, percibió que era hora de partir.

Todos, guardadas las debidas diferencias, participaron del intenso debate internacional con las agencias productoras de ciencia y política higiénica de Europa y Estados Unidos. Ellos dialogaron, de igual a igual, con las más importantes autoridades del planeta y asistieron a la creciente presencia de la Fundación Rockefeller en las Américas. La visita que Liceaga hizo al Pasteur, en Paris, le rindió la producción de la vacuna antirrábica y la creación de un instituto con esta finalidad en México. Por lo que parece, bajo el comando de Liceaga, la Fundación Rockefeller no tuvo la misma proyección observada en la Colombia de García Medina. Vital Brazil estableció un intenso debate científico con uno de los integrantes del equipo de Pasteur.

En el caso de Liceaga y García Medina, la vida asociativa parece haber andado de la mano con la actividad profesional. Ambos fueron dirigentes de la Academia Nacional de Medicina y coordinadores de las instancias públicas de formulación de políticas higiénicas, en sus países. La faceta científica fue más fuerte en Vital Brazil que en los demás. El número de artículos y libros publicados atesta su dedicación en este campo.

El legado de estos hombres puede ser percibido de diferentes formas. Tanto en San Pablo como en México no hay como no sentir la presencia de Vital Brazil y Liceaga. El Butantán está allá, imponente. El Hospital General de la Ciudad de México continúa atendiendo. El suero antiofídico continúa siendo inoculado a las víctimas de accidentes con serpientes. Las iniciativas preventivas propagadas por Liceaga continúan actuales: las ciudades necesitan, más que nunca, de agua potable y alcantarillado tratado.

El estudio de la vida privada de estos tres personajes ayuda a desvendar uno de los motivos que explican su éxito. García Medina, por ejemplo, difícilmente habría tenido la misma suerte si no hubiera contado con el apoyo de su tío materno. Vital Brazil, por su lado, fue amparado por su abuelo paterno, que a pesar de la distancia impuesta por el padre, se hizo siempre presente.

De esta forma, contamos tres historias de vida. Ellas son diferentes, pero muy parecidas. Tres historias que necesitaban ser contadas. Que necesitaban ser conocidas.

Referencias

ÁLVAREZ-AMÉZQUITA, J. et al. *Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México.* México: Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1960. Tomo I.

APARICIO, J. Elogio del doctor Pablo García Medina. Discurso pronunciado en la sesión extraordinaria de la Academia Nacional de Medicina, Mayo 31 de 1951. *Revista de la Facultad de Medicina*, 20(1):9-19, 1951.

ARIÈS, P. & DUBBY, G. *Histoire de la Vie Privé*. Paris: Seuil, 1987.

BENCHIMOL, J. L. & TEIXEIRA, L. A. *Cobras, Lagartos & Outros Bichos: uma história comparada dos institutos Oswaldo Cruz e Butantan*. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, Fiocruz, 1993.

BRAZIL, L. V. *Vital Brazil: vida e obra - 1865-1950*. Niterói: Instituto Vital Brazil, 2001.

BRAZIL, O. V. *Vital Brazil e o Instituto Butantan*. Campinas: Ed. Unicamp, 1996.

CÁCERES, H. & CUELLAR-MONTOYA, Z. *Academia Nacional de Medicina de Colombia: sus miembros, 1873-1997*. Bogotá: Academia Nacional de Medicina, 1998.

DEBERT, G. G. Problemas relativos à utilização da história de vida e história oral. In: CARDOSO, R. *A Aventura Antropológica: teoria e pesquisa*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

DIARIO OFICIAL. *Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos.* México, 15 de julio de 1891.

FERRAROTTI, F. Forms of autobiography. *Newsletter*, 9:9-18, 1987.

GARCÍA, C. M. & QUEVEDO, E. Uncinariasis y café: antecedentes de la intervención de la Fundación Rockefeller en Colombia: 1900-1920. *Biomédica*, 18(1):5-21, 1998.

GARCÍA MEDINA, P. *El Método Experimental Aplicado a la Clínica Médica*. Bogotá: Imprenta de la Luz, 1897.

GARCÍA MEDINA, P. Informe anual de la Junta Central de Higiene al Ministerio de Gobierno. *Revista de Higiene*, 8(102):223, 1917.

GARCÍA MEDINA, P. La organización sanitaria en Colombia. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 2(1):3-14, 1927.

GARCÍA MEDINA, P. *Informe del Director Jefe del Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública.* Imprenta Nacional, Bogotá, 1931.

LACAZ, C. S. *Vultos da Medicina Brasileira*. Rio de Janeiro: Academia Nacional de Medicina, 1983. Vol. 1.

LEVI, G. Les usages de la biographie. *Annales ESC*, (6):1.325-1.336, 1989.

LICEAGA, E. *Mis Recuerdos de Otros Tiempos: obra póstuma*. Arreglo, preliminar y notas por el Dr. Francisco Fernández del Castillo. México: Talleres Gráficos, 1949.

MELO, J. O. La República conservadora. In: MELO, J. O. *Colombia Hoy: perspectivas hacia el siglo XXI*. Bogotá: Tercer Mundo Editores, 1995.

OBREGÓN-TORRES, D. *Batallas contra la Lepra: Estado, medicina y ciencia en Colombia*. Medellín: Banco de la República, Fondo Editorial Universidad Eafit, 2002.

PELICIER, Y. La biographie et ses tensions. *Diogéne*, (139):87-95, 1987.

PEREIRA NETO, A. Tornar-se cientista: o ponto de vista de Bruno Latour. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(1):109-118, 1997.

PEREIRA NETO, A. Formação de cientista: o caso de Vital Brazil (1865/1950). In: SCHMIDT, B. V.; OLIVEIRA R. de & ALVÁREZ-ARAGÓN, V. (Orgs.) *Entre Escombros e Alternativas: ensino superior na América Latina*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2000.

PEREIRA NETO, A. (Org.) *Vital Brazil: obra científica completa*. Niterói: Instituto Vital Brazil, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro, 2002.

QUEVEDO, E. El tránsito desde la higiene hacia la salud pública en América Latina. *Tierra Firme - Revista de Historia y Ciencias Sociales*, 18(72):661, 2000.

QUEVEDO, E., HERNÁNDEZ, M. & MIRANDA, N. Estado y ciencias médicas en Colombia. In: QUEVEDO, E. *Historia Social de la Ciencia en Colombia*. Bogotá: Colciencias -Tercer Mundo Editores, 1993. Tomo VIII.

QUEVEDO, E. et al. *Café, Gusanos, Mosquitos y Petróleo: el tránsito de la higiene hacia la salud público en Colombia, 1873-1953*. Informe Final a Colciencias. Bogotá: Colciencias, Instituto Nacional de Salud, Universidad Nacional, 2000.

RESTREPO, G. & VILLA, A. *Desarrollo de la Salud Pública Colombiana*. Medellín: Universidad de Antioquia/ Escuela Nacional de Salud Pública, 1980.

ROSENFELD, G. Vital Brazil. *Memórias do Instituto Butantan*, 34:x-xvi, 1969.

SCHMIDT, B. (Org.) *O Biográfico: perspectivas interdisciplinares*. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2000.

TIRADO-MEJÍA, A. *El Estado y la Política en el Siglo XIX*. Bogotá: El Ancora Editores, 1983.

VELHO, G. Trajetória individual e campo de possibilidades. In: VELHO, G. *Projeto e Metamorfose: antropologia das sociedades complexas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994a.

VELHO, G. Memória, identidade e projeto. In: VELHO, G. *Projeto e Metamorfose: antropologia das sociedades complexas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994b.

13. AS NOVAS TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Virgínia Torres Schall
Celina Maria Modena

A complexidade da interação entre comunicação, saúde e educação, suas possibilidades e contradições não podem ser reduzidas à instrumentalização de novas tecnologias da informação. A construção de um saber interessado nessas áreas de conhecimento deve preocupar-se com pelo menos dois aspectos: o *lógos* – como a "autoconstituição ontológica de um novo sujeito a partir de seus objetos" (Link-Pezet apud Assmann, 2000:12) e a *techné* – o papel ativo e coestruturante das novas tecnologias nas formas do aprender e do conhecer (Assmann, 2000).

A produção de conhecimento até o dualismo cartesiano evidencia a relação estruturante entre o ser que conhece e aquilo que é conhecido – objeto de conhecimento. Essa visão fortemente racionalizante preocupa-se com a consciência das formas de conhecimento. A experiência, o corpo e o sensível passavam ao largo dela. As novas abordagens do conhecimento caminham para o rompimento com essas concepções racionalistas, enfocando os aspectos aleatórios, imprevisíveis, na dinâmica do sistema neuronal (Maturana & Varela, 1995).

A espécie humana tem criado instrumentos desde a sua fase de coletores-caçadores, evoluindo de simples pedras e galhos de árvores talhados até os foguetes espaciais, robôs avançados e outras máquinas sofisticadas. Assim, a tecnologia, conceitualmente, é tão antiga quanto o próprio homem.

Contudo, atualmente, diante da presença maciça das novas tecnologias, fala-se de "sociedade da informação", definida por Assmann (2000:8-9) como:

> Sociedade que está atualmente a constituir-se, na qual são amplamente utilizadas tecnologias de armazenamento e transmissão de dados e informação de baixo custo. Esta generalização da utilização da informação e dos dados é acompanhada por inovações organizacionais, comerciais, sociais e jurídicas que alterarão profundamente o modo de vida tanto no mundo do trabalho como na sociedade em geral.

Tecnologia, de modo geral, refere-se a uma técnica, artefato ou alternativa desenvolvidos pelo homem, para facilitar a realização de um trabalho ou criação. Entretanto, não se restringe ao objeto ou instrumento criado para mediar a ação humana, pois inclui os conhecimentos decorrentes dessa tecnologia que possibilitam ampliar tal ação.

Franco, em seu *Ensaio sobre as Tecnologias Digitais da Inteligência* (1997:6), afirma que "o homem nunca esteve só nas suas atividades físicas e cognitivas", pois ele está sempre mediando sua relação com a natureza através de objetos técnicos. Trata-se aqui de uma mediação externa, no sentido dado por Vygotsky (1993), que chamou de mediadores culturais os instrumentos criados pelo homem, os quais possibilitam sua relação com o mundo material.

O desenvolvimento de tecnologias de armazenamento de informações tem possibilitado uma nova construção do conhecimento. A invenção da escrita trouxe avanços consideráveis nessa transmissão. Se anteriormente a memória era coletiva e a forma de transmissão do conhecimento oral, a partir da invenção da escrita inaugura-se uma nova era no acúmulo de informações. O conhecimento deixa de ser pessoal, a memória passa a ser objetiva, exterior ao sujeito.

Com o surgimento do armazenamento magnético e das redes virtuais de comunicação, o conhecimento humano entra em uma nova era. A memória ganha operacionalidade e velocidade de registro. O acesso à informação ganha mais relevância do que a preocupação com a realidade. A interação do sujeito com o meio ambiente sofre profundas modificações.

Nessa rede interacional dialogam não somente organizações sociais, mas também tecnologias que interferem significativamente nas representações, fundamentais à produção de conhecimento. Representações são esquemas conceituais utilizados na interação com o meio social. Essa interação tem efeitos no modo de produção de sentido e significação.

As tecnologias da informação transformam o modo de transmissão e apreensão de mensagens. Segundo Lévy (1998), no plano somático as mensagens são produzidas por corpos vivos e variam em função do contexto. A mensagem se dá somente no um a um. No plano midiático, as mensagens prescindem do corpo vivo dos destinatários. A reprodução dos signos e marcas fixas reproduz e descontextualiza as mensagens. Assim, para compreender o signo o receptor deve manipulá-lo, significá-lo e interpretá-lo através do processo semiótico, que permite generalizações e previsões (Gomes, 2000).

O ambiente informacional e comunicacional contemporâneo é o ambiente do signo, da informação, o que tem levado alguns autores a denominar a nossa época de 'Idade Mídia'. Se anteriormente a moeda de troca no sistema capitalista eram os bens de capital, o capitalismo, hoje em sua terceira fase, torna-se, sobretudo, produtor de bens simbólicos, e a mercadoria mais valiosa passa a ser a informação (Castells, 1992; Jameson, 1991). Em uma perspectiva de inclusão social, tem-se questionado se esse novo paradigma acentua a lógica da exclusão social.

Esta nova sociedade marcada pelo espaço eletrônico emerge como um espaço desmaterializado, desterritorializado, impondo virtualizações e atualizações constantes. A vivência à distância, desprendida da presença, presentifica o ausente simbolicamente pelos signos. A interface dessas marcas impostas pela mídia traz conseqüências singulares: de um lado a complementação, de outro o conflito.

As 'navegações virtuais', metáfora das grandes navegações, permitem o alargamento geográfico. Esse alargamento traz consigo a desterritorialização das relações, com a presença instantânea e virtual. Traz ainda o fluxo material e simbólico de um lugar, simultaneamente global e local, investido de sentido e de tensão. A tensão produzida pela desterritorialização e pela desmaterialização põe em evidência a complexidade dos processos comunicacionais atuais (Canevacci, 1996).

Esse novo sistema de comunicação imprime novas formas de perceber o mundo e de com ele se relacionar. A vivência contemporânea mediatizada pela configuração das comunicações atuais coloca em questão o estatuto da realidade. A distância deve ser apreendida e transformada simbolicamente em acontecimento próximo, em algo que ganhe sentido e dimensão real.

Em linhas gerais, com base nas reflexões de Thompson (1995), a mídia pode ser definida como um sistema cultural complexo, que possui uma dimensão simbólica, ou seja, um jogo constante de signos e sentidos. A idéia desse diálogo compreende a (re)construção, o armazenamento, a produção e a circulação de produtos repletos de sentidos tanto para as mídias que os produziram quanto para quem os consome.

Como sistema cultural, a mídia compreende também uma dimensão da cultura, pois os produtos midiáticos são fenômenos sociais situados em contextos específicos. Assim, nos nossos dias a mídia tem um lugar determinante no processo de construção e circulação de repertórios, especialmente pela afluência de público e pela influência sobre o cotidiano social. O processo comunicacional confere visibilidade aos acontecimentos e informações, reduzindo barreiras espaciais e temporais, reconfigurando fronteiras entre espaço e tempo, possibilitando novas comunicações para além da interação face a face.

Dessa forma, a comunicação que perpassa todos os tecidos sociais abandona definições e fronteiras, provocando deslocamentos de poder entre os campos de comunicação e outras esferas sociais, constituindo-se em objeto privilegiado de investigação (Rubim, 2000).

A interação entre saúde e comunicação, atualmente, traduz-se em um campo multidisciplinar capaz de desvendar as relações e reais possibilidades de criar saber para ambas as áreas do conhecimento (Minayo, 1995).

No caso do processo saúde-doença, os indivíduos são, em primeira e última instância, seus sujeitos e objetos: sujeitos, por serem responsáveis em transformá-lo e dinamizá-lo como processo, e objetos, pois é neles que as transformações se verificam. Os indivíduos, então,

encontram nos meios de comunicação, no discurso midiático e nas opiniões proferidas um amplo espectro de influência em seus comportamentos e atitudes (Bevilacqua et al., 2000).

Na mesma direção, Rondelli (1995) diz que os meios de comunicação aparecem como o lugar da amplificação do intercâmbio dos discursos construídos nos vários campos do conhecimento que encontram na mídia o seu lugar de divulgação, amplificação e repercussão.

Nesse cenário globalizado, as novas tecnologias de informação e comunicação dão oportunidade a uma verdadeira revolução nos processos da educação e, conseqüentemente, da educação em saúde, desde os níveis fundamentais até o universitário, afetando os conceitos e processos de construção de conhecimento e as metodologias de ensino-aprendizagem. Contudo, os recursos educacionais podem desempenhar um papel tanto na produção de exclusões quanto na erradicação destas mesmas exclusões observadas nas instituições escolares e de saúde.

Portanto, é preciso que esse desenvolvimento esteja ancorado em uma proposta de educação libertadora, que valoriza a formação de cada pessoa a partir da realidade do mundo em que ela vive, enfrentando o desafio de tornar a educação e a saúde um direito de todos. Nesta perspectiva, buscamos aqui refletir sobre a importância da difusão dessas tecnologias com base nos pressupostos de uma pedagogia da inclusão (Stainback & Stainback, 1999; Freire 1970).

As Novas Tecnologias de Informação e Comunicação e seu Papel na Educação

A sociedade da informação (ou sociedade de aprendizagem) deve estar assentada nos princípios de uma educação inclusiva, pautada pela igualdade de oportunidades, participação e integração de todos, o que, segundo Assmann (2000:9), “só será possível se todos tiverem acesso a uma quota mínima dos novos serviços e aplicações oferecidas pela sociedade da informação”.

Se as tecnologias tradicionais aumentavam o alcance dos sentidos humanos, o autor sublinha a capacidade das novas tecnologias de ampliar o seu potencial cognitivo, ultrapassando a idéia de instrumento e substituindo-a pela noção de feixes de propriedades ativas que permitem mixagens cognitivas complexas e cooperativas. Não se trata de reduzir *lógos* à *techné*, mas de admitir a existência da instituição do *lógos* com a cooperação da *techné*. Ambas tornaram-se inseparáveis no processo de aprender e conhecer. A partir do momento em que o fenômeno tecnológico torna-se mais que um instrumento de auxílio, passando a ser estruturante e organizador dos modos de produção de linguagem e de conhecimento, ampliam-se as possibilidades cognitivas (Assmann, 2000).

Como campo de investigação e produção de conhecimento, as tecnologias informativas/educativas só passam a ser sistematizadas nos anos 50, nos Estados Unidos. Focalizam-se, então, os processos comportamentais, baseados no behaviorismo skinneriano e em meios como rádio e televisão. Nessa perspectiva, a competência do professor se restringe a organizar o ambiente dos alunos e estes cumprem o papel de receptores do conhecimento.

Nos anos 70 surge um enfoque sistêmico, centrado nos processos educacionais relacionados ao uso das tecnologias da educação. O sistema aqui é um conjunto de dados relacionados entre si ou com o ambiente (Maggio, 1997). O que vale é a regularidade de funcionamento desses sistemas, possíveis com a administração e o controle dos processos e meios facilitadores da aprendizagem. Assim, a resolução de todos os problemas educacionais é associada ao uso das tecnologias, o que confere um sentido instrumental, utilitarista e pragmático à educação, visão reducionista que foi revista na década seguinte.

Na década de 80 surgiram abordagens mais críticas, recolocando a relação das tecnologias com o ser humano, e considerando, portanto, as variáveis dos usuários e os objetivos e metas particulares de cada programa de ensino, o que requereu a contextualização dos processos educacionais. Aqui, a tecnologia passa de condutora do processo educativo a mediadora, valorizando-se as relações entre o professor e seus alunos, as relações destes entre si, e destes com as técnicas utilizadas, bem como com o contexto específico em que ocorrem.

Essa perspectiva valoriza o papel do professor, que passa de transmissor de conhecimento a orientador ou facilitador do processo educativo. O aluno não é mais um receptor passivo, mas agente de sua própria educação, construindo ativamente, em parceria com seu mestre, os novos conhecimentos (Valente, 1993).

A tecnologia deixa, assim, de ser o elemento principal para se tornar facilitadora e coadjuvante do processo de construção de conhecimentos. Surge também a idéia do analfabetismo tecnológico, que gerou um movimento hoje denominado 'inclusão digital'.

Muitos alertam para o fato de esse novo movimento de inclusão digital requer posturas críticas para que tais tecnologias não sejam meramente reprodutivas de estereótipos culturais, ou meros instrumentos de transmissão-recepção de informações. E também para que não fiquemos reféns do mito de que a informática por si já pode melhorar a qualidade da educação – tecnootimismo ingênuo – ou do pensamento dos chamados 'tecnoapocalípticos', que falam na desumanização do ensino pelas tecnologias (Assmann, 2000).

Souza (2000) também apresenta três possibilidades para o futuro dos processos de ensino-aprendizagem mediados pelas tecnologias de informação e comunicação no contexto da globalização. A primeira possibilidade, denominada 'pessimista', enfoca a ampliação das desigualdades de acesso e importantes lacunas na qualidade dos programas oferecidos. Uma segunda, denominada 'evolutiva', enfatiza o movimento lento, mas contínuo, de avanços em direção a uma comunidade de alta tecnologia. O avanço nas possibilidades mais imediatas de acesso às tecnologias e de aperfeiçoamento de sua qualidade foi denominado 'êxito-total'.

Questões apresentadas por Carina Gabriela Lion são relevantes para o debate sobre o papel das novas tecnologias na educação e especialmente na educação em saúde:

> A tecnologia aparece, na cena educacional, como imprescindível e terrível ao mesmo tempo: é preciso ensinar informática, é preciso pôr vídeos, mesmo que nem sempre se saiba para que, é preciso dinamizar as classes... Estas e outras frases nos levam a questionar: o que faz o sistema educacional com as produções tecnológicas? Qual é seu lugar nas escolas? Qual é o impacto das novas tecnologias da informação, da comunicação e outras nos professores? Quais são as ligações entre produção, tecnologia educacional e sua inserção num projeto pedagógico? (Lion, 1997:23)

Tanto na educação quanto na educação em saúde, os educadores devem compreender as tecnologias como facilitadoras dos processos de construção do conhecimento, numa perspectiva criativa, transformadora e crítica.

Na verdade, a tecnologia deve estar inserida em um projeto pedagógico inclusivo, que se fundamente nas relações entre as pessoas, em suas atitudes, permeadas pela parceria e solidariedade. E ainda em contextos que favoreçam a realização de projetos e atividades significativas, nos quais o conhecimento possa ser construído e reconstruído. Deve também ter abertura e flexibilidade para relacionar conceitos, idéias e teoria, numa perspectiva crítica e transformadora. Isso requer uma ação pedagógica transdisciplinar que inclua aspectos cognitivos, socioculturais e afetivos (Freire, 1970, 1994, 1999).

Inclusão social caracteriza-se como um processo bilateral, no qual as pessoas, ainda excluídas, e a sociedade buscam, em parceria, equacionar problemas, decidir sobre soluções e efetivar a equiparação de oportunidades para todos (Sassaki, 1997). Partindo desse conceito, a pedagogia da inclusão caracteriza-se como uma abordagem humanista que tem como pressupostos o respeito às diferenças, a compreensão das singularidades e a equiparação das oportunidades para todos.

Isso remete à importância da acessibilidade da educação, incluindo aí o acesso às novas tecnologias de informação e comunicação. Contudo, observa-se uma crise de acessibilidade na comunicação em geral, que é resultado do descompasso entre a velocidade/demanda dos avanços tecnológicos/mudanças econômicas; e da lentidão/demanda dos avanços da tecnologia social ou tecnologia socioeducacional.

O impacto das novas tecnologias ganha proporções revolucionárias. Na reflexão sobre o papel e o alcance das novas tecnologias, faz-se necessário abordar a importância dos processos de avaliação de seu uso na educação e, especificamente, na educação em saúde. A introdução de novas tecnologias de informação, educação e comunicação na área da saúde deve ser sempre acompanhada por avaliações sistemáticas dos processos de produção de conhecimento, em contextos da educação formal e informal.

Outros aspectos considerados por Souza (2000) relativos à administração das tecnologias de informação e comunicação são os direitos de autores; a criação de centros de informática; o desenvolvimento de padrões de qualidade e processos de acreditação institucional; o desenvolvimento de sistemas para a gerência da informação e a prestação de serviços.

Comunicação e Informação em Saúde

A proposta de construção de um *ethos* comunicacional e informacional no campo da saúde e, em especial, da saúde coletiva, tem sinalizado, segundo Pitta (1995), para a constituição de espaços de articulação de interesses por onde transitam a cooperação, o conflito, visibilidades e invisibilidades em que se situam social e simbolicamente sujeitos. Tal opinião é respaldada por diversos autores (Ramos, 1995; Mendes, 1994).

A ênfase na comunicação e informação em saúde tem sido dada às políticas públicas representadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na perspectiva das relações de poder, em um contexto de conflito, transformação e luta política. Segundo Oliveira (2000), o SUS, um modelo democrático e descentralizado e uma política pública voltada para superar a distância entre segmentos sociais e amenizar o sofrimento social, passa por dificuldades que comprometem sua gestão e implementação. Entre outras dessas dificuldades, destacamos aquelas relativas à geração e à gestão de informações e processos comunicacionais relevantes para a população. Para Ribeiro (1998), os dispositivos informacionais e comunicacionais não foram amplamente apropriados pelo Sistema Único de Saúde, o que torna fundamental que a luta nesse campo seja articulada à luta pelo acesso social à saúde.

Na mesma direção, Pitta (1995) argumenta que a década de 80 foi marcada pela luta para desenvolver e inscrever no arcabouço jurídico do país os alicerces do Sistema Único de Saúde. A década de 90 caracterizou-se pela luta sem sucesso pela superação do atraso tecnológico no serviço público de saúde. A luta pela disseminação da tecnologia comunicacional tem por objetivo diminuir a distância que separa os incluídos dos excluídos em relação a seus benefícios.

A reorganização dos modelos de atenção à saúde deve apontar para formas singulares de intervenção, que levem em consideração processos mais complexos de circulação da doença e seus determinantes e as redes sociais, e não somente grupos de risco tradicionais. Com esse fim, não se deve perder de vista a idéia de um espaço dinâmico e sua permanente reconstrução (Unglert, 1994). Assim, nos nossos dias os gestores dos serviços de saúde devem trabalhar com territórios constituídos socialmente por fluxos, movimentos, pautas culturais, formas de construção de necessidades em saúde e demandas sociais que se entrelaçam de forma complexa e se configuram como um desafio à informação e à comunicação (Pitta, 1995).

Para a autora, a escassa produção teórico-metodológica sobre políticas governamentais de comunicação e sua relação com o contexto contemporâneo das novas tecnologias de comunicação contrapõe-se ao considerável crescimento da produção acadêmica sobre os discursos em saúde na grande mídia. Entretanto, tomando-se como ponto de partida as Conferências Nacionais de Saúde, observa-se que as propostas relativas à articulação entre comunicação, controle social e exercício de cidadania vêem se sobrepondo às tradicionais propostas de comunicação pedagógica orientadas, principalmente, para a prevenção de doenças.

Com vista à integração das três áreas – saúde, informação e comunicação –, a X Conferência em Saúde propôs a criação de centros de documentação, informação, comunicação e educação em saúde. Tais centros têm como objetivo promover a democratização do acesso às informações, subsidiar os processos de formulação de políticas públicas de saúde e articular diferentes tecnologias para diferentes usos. A criação de Pólos Municipais viria operacionalizar uma infra-estrutura nacional de tecnologias de comunicação articuladas às políticas setoriais de educação (Pitta & Magajewski, 2000).

Se de um lado existe um discurso democrático de acesso universal à informação e saúde, de outro observam-se estratégias que engessam sua legitimação e execução. O entendimento da complexidade da construção de uma política inclusiva possibilita reconhecer que existem posições desiguais de poder, enunciação e autonomia dos sujeitos sociais. A assimetria relacional coloca em evidência as desiguais possibilidades de incorporação de tecnologias de informação e comunicação. Essas desigualdades solicitam políticas reguladoras que objetivem diminuí-las.

Considerações Finais

Como discutido no GT[1] e ao longo deste texto, a questão das novas tecnologias de informação e comunicação se insere no âmbito mais amplo de mudanças tecnocientíficas mundiais, acompanhadas de instabilidade, desequilíbrio de conhecimentos já estabelecidos, refletindo e fazendo reverberar conflitos próprios deste momento de transição e ambivalência. Em meio a essas transformações, as novas tecnologias de informação e comunicação afetam as relações fundamentais de espaço e tempo.

Por sua vez, ao focalizar o papel dessas novas tecnologias nos processos e práticas da educação e da saúde, é importante ressaltar que as diferentes concepções de educação e de saúde condicionam as formas de integrá-las, assim como os modos de delas se apropriar e institucionalizá-las.

Entre o controle e a busca de autonomia, espera-se que elas contribuam para essa nova tendência de interconexão global – emancipadora ou geradora de novas dependências? –, de forma a torná-la um bem apropriado por todos, e não uma forma de centralização do poder. Como princípios sobre a utilização dessas novas ferramentas, enfatizou-se a necessidade imperiosa de treinamento tecnológico da força de trabalho atual. Requer-se, assim, não apenas informação sobre o uso dos recursos, mas também a construção de uma visão de tais recursos como instrumentos capazes de apoiar e potencializar todo o trabalho realizado pela mente humana, e que por isso não podem se constituir como fins em si mesmos.

[1] Grupo de Trabalho sobre 'Novas tecnologias de informação, educação e comunicação e seu papel no processo de inclusão social na área da saúde', realizado no VII Congresso Latino-americano de Ciências Sociais e Saúde, na cidade de Angra dos Reis, Rio de Janeiro, em 2003. Participantes do GT: Ana Maria Catrib, Judith T. Fiszon, Kathie Njaine, Luis David Castiel, Marta Fuentes-Rojas, Miriam Struchiner (coordenadora), Paulete Goldenberg, Suely Fernandes, Taís R. Giannella e Virgínia Schall (relatora).

Portanto, deve-se partir de uma abordagem inovadora que entenda a tecnologia a serviço da autonomia, da diversidade cultural, da inclusão tecnológica, da participação ativa dos sujeitos e do entendimento do processo educativo como ferramenta estratégica para a construção da cidadania, das mudanças sociais e da melhoria da qualidade dos serviços de saúde e educação.

Alguns desafios e riscos das novas tecnologias de informação e comunicação, tais como a democratização do acesso – inclusão digital, tecnologia –, os equipamentos e a informação veiculada – acesso físico, habilidade no manejo, competência crítica –, se apresentam na construção de um novo modelo na área da saúde. Devem ser criados mecanismos que dêem conta de avaliar a produção, a circulação e o consumo indiscriminados de conteúdos na rede (uso acrítico e efeito de saturação).

Do ponto de vista metodológico, devem ser analisados os problemas de confiabilidade e dificuldade de estabelecer parâmetros de avaliação de qualidade da informação, invasão de privacidade e confidencialidade. O uso das novas tecnologias de informação em saúde implica clareza quanto à transformação das relações humanas e à possibilidade da mercantilização da saúde – produtos, valores, conceitos etc.

Algumas perspectivas foram consideradas fundamentais para o trabalho com as novas tecnologias de informação e comunicação na área da saúde:

- A integração educação-trabalho, fundamental como uma nova perspectiva das instituições deste século, tanto as 'organizações que aprendem' quanto as estratégias para a educação permanente de adultos trabalhadores. Isso significa que a abordagem de aprendizagem deve superar as limitações das tradicionais estratégias educativas de transmissão de informação, oferecendo uma visão integral do ser humano, do conhecimento e da sociedade.
- A visão integradora de educação, tecnologia e trabalho deve orientar o desenvolvimento das atividades de ensino e formação continuada de profissionais da saúde, entendendo o fenômeno da formação profissional como processo histórico-social, em que os alunos são sujeitos e não objetos do processo educativo.
- As abordagens pedagógicas ativas e contextualizadas, por sua vez, devem levar em conta a complexidade da formação, incluindo a observação e a análise de diferentes aspectos, propondo e discutindo caminhos para situações passíveis de serem vivenciadas na prática. Devem ainda possibilitar a produção de sentido sobre os conteúdos aprendidos e suas inter-relações e sobre a relevância da atividade para o cotidiano profissional.

Para Bevilacqua e colaboradores (2000), a gama de discursos que inunda o cotidiano social, que transforma e enriquece o próprio discurso do senso comum, também é capaz de produzir transformações ou reforçar atitudes e comportamentos individuais. Os quais, por sua vez, se transferem para o nível coletivo, tanto pela amplificação resultante da divulgação advinda dos meios de comunicação como pelas trocas interpessoais de experiências vividas diariamente. O processo saúde-doença, objeto de construção social ou de representações sociais coletivas, encontra no processo de comunicação o espaço onde pode ser legitimado.

Conseqüentemente, tal processo possibilita a produção de efeitos de sentido, formando e conformando conhecimentos e comportamentos variados sobre o processo de saúde e doença, em momentos históricos distintos. A produção e a reprodução de sentidos entre os indivíduos pelo meio de comunicação podem apresentar considerável relevância quando se trata do tema saúde-doença, pois este processo interfere na construção de comportamentos e de imaginários sociais.

Como afirma Lévy (1998:16-17),

> ou superamos um novo limite, uma nova etapa de hominização, inventando algum atributo do humano tão essencial quanto a linguagem, mas em escala superior, ou continuamos a nos 'comunicar' por meio da mídia e a pensar em instituições separadas umas das outras, que organizam, além disso, o sufocamento e a divisão das inteligências. (...) Aprenderíamos aos poucos a nos orientar em um novo cosmo em mutação, à deriva; a nos tornar, na medida do possível, seus autores; a nos inventar coletivamente como espécie.

Referências Bibliográficas

ASSMANN, A. A metamorfose do aprender na sociedade da informação. *Ciência da Informação*, 29(2):7-15, 2000.

BEVILACQUA, P. D. et al. Leishmaniose visceral: história jornalística de uma epidemia em Belo Horizonte. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 4(7):83-102, 2000.

CANEVACCI, M. *Sincretismos: uma exploração das hibridações culturais*. São Paulo: Studio Nobel, 1996.

CASTELLS, M. A economia informacional, a nova divisão internacional do trabalho e o projeto socialista. *Cadernos CRD*, 17:5-34,1992.

FRANCO, M. A. *Ensaio sobre as Tecnologias Digitais da Inteligência*. Campinas: Papirus, 1997.

FREIRE, P. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1970.

FREIRE, P. *Pedagogia da Esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994.

FREIRE, P. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

GOMES, H. F. O ambiente informacional e suas tecnologias na construção dos sentidos e significados. *Ciência da Informação*, 29(1):61-70, 2000.

JAMESON, F. *Postmodernism, or the Cultural Logic of Late Capitalism*. Durham: Duke University Press, 1991.

LÉVY, P. *As Tecnologias da Inteligência: o futuro do pensamento na era da informática*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1993.

LÉVY, P. *A Inteligência Coletiva*. São Paulo: Loyola, 1998.

LION, C. G. Mitos e realidade na tecnologia educacional. In: LITWIN, E. (Org.) *Tecnologia Educacional: política, histórias e propostas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

MAGGIO, M. O campo da tecnologia educacional: algumas propostas para sua reconceitualização. In: LITWIN, E. (Org.) *Tecnologia Educacional: política, histórias e propostas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

MATURANA, H. & VARELA, E. *A Árvore do Conhecimento*. Campinas: Editorial Psy, 1995.

MENDES, E. V. *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1994.

MINAYO, C. Prefácio. In: PITTA, A. M. R. *Saúde e Comunicação: visibilidades e silêncios*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1995.

OLIVEIRA, V. C. A comunicação midiática e o Sistema Único de Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 4(7):71-80, 2000.

PITTA, A. M. R. Interrogando os campos da saúde e da comunicação: notas para o debate. In: PITTA, A. M. R. *Saúde e Comunicação: visibilidades e silêncios*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1995.

PITTA, A M. R. & MAGAJEWSKI, F. R. L. Políticas nacionais de comunicação em tempos de convergência tecnológica: uma aproximação ao caso da saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 4(7):61-70, 2000.

RAMOS, M. S. Saúde, novas tecnologias e políticas públicas. In: PITTA, A. M. R. *Saúde e Comunicação: visibilidades e silêncios*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1995.

RIBEIRO, A. C. T. Tecnologias de informação e comunicação, saúde e vida metropolitana. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 2(2):7-20, 1998.

RONDELLI, E. Mídia e saúde: os discursos se entrelaçam. In: PITTA, A. M. R. *Saúde e Comunicação: visibilidades e silêncios*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1995.

RUBIM, A. C. A contemporaneidade como idade mídia. *Interface - Comunicação,Saúde, Educação*, 4(7):25-36, 2000.

SASSAKI, R. K. *Inclusão: construindo uma sociedade para todos*. Rio de Janeiro: WVA, 1997.

SOUZA, A. Las nuevas tecnologias de la información y la comunicación – la educación em salud pública: alianzas urgentes. XIX Conferencia de la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación em Salud Pública (Alesp), Havana, 2000.

STAINBACK, S, & STAINBACK, W. *Pedagogia da Inclusão*. Porto Alegre: Artmed, 1999.

THOMPSON, J. B. *Ideologia e Cultura Moderna*. Petrópolis: Vozes, 1995.

UNGLERT, C. V. S. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, E. V. *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1994.

VALENTE, J. A. Formação de profissionais na área de informática em educação. In: VALENTE, J. A. (Org.) *Computadores e Conhecimento: repensando a educação*. Gráfica da Unicamp, Campinas, 1993.

VYGOTSKY, L. S. *Pensamento e Linguagem*. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

14. NOVAS TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE DIANTE DA REVOLUÇÃO COMUNICACIONAL E INFORMACIONAL

Miriam Struchiner
Taís Rabetti Giannella
Regina Vieira Ricciardi

Breve Panorama de uma Sociedade em Transformação

Torna-se cada vez mais evidente a forte influência impulsionadora das Novas Tecnologias da Informação e Comunicação (NTIC) na difusão, gestão e construção do conhecimento. Os diferentes tipos de linguagens são incorporados pelos novos dispositivos informacionais, transformando profundamente a relação entre os homens e suas inteligências (Lévy, 1993, 1998a). Aqui, focalizaremos as Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) com base em um conceito de tecnologia fundamentado em Vygotsky (1993), que a interpreta como mediação externa, o que inclui mediadores culturais e instrumentais, possibilitando a relação do homem com o mundo material e simbólico. As TIC são consideradas formas estruturadas e estruturantes de representação de informação e conhecimento e, portanto, de suas formas de produção, circulação e recepção/percepção. Apresentam-se, assim, diversas modalidades de TIC nos diversos contextos e processos de educação em saúde como: vídeos, fôlderes, cartazes, CDs-ROM, manuais etc. Todavia, deu-se ênfase às novas tecnologias (NTIC), ou seja, às tecnologias de informação e comunicação nascidas da revolução da informática e das telecomunicações (WWW, Internet).

A sucessão das diferentes formas de apropriação do conhecimento, tais como oralidade, escrita e informática, é gradual e não excludente, não se devendo considerar o processo de incorporação de NTIC como um fenômeno de ruptura com os antigos padrões. Deve-se, sim, avaliá-lo como um processo de inovação da gestão social do conhecimento que é causa, mas, também, reflexo das inúmeras transformações socioeconômicas (Castells, 1999; Lévy, 1993, 1998a).

Uma maneira oportuna de se analisar como sucederam as diferentes formas de tecnologias intelectuais é observar um breve panorama histórico sobre a relação homem-espaço-linguagem. Carmo (1997) e Lévy (1998a) discutem as transformações ocorridas em nossa sociedade por meio da análise das mutações do espaço humano.

Em um primeiro momento – a primeira vaga, segundo Toffler (1980) –, nossos ancestrais mais diretos formavam, provavelmente, uma pequena unidade centrada em uma mesma zona geográfica, dispondo de uma mesma língua, ou línguas próximas, estando em comunicação direta uns com os outros.

A partir do crescimento demográfico e com a conseqüente escassez de alimentos, torna-se necessária a prática da caça e da coleta e, portanto, a unidade original começa a se desconstituir; inicia-se o primeiro grande movimento da humanidade, quando esta se dispersa. Ocorre o afastamento geográfico, com conseqüente separação progressiva das culturas, surgimento de novas línguas e mundos subjetivos. Como afirma Lévy (1998a:38), "numa primeira fase da história humana – a mais longa – o crescimento demográfico leva à separação, ao afastamento".

O segundo movimento, de ampla expressão em relação à organização do homem no espaço, foi instaurado durante a Revolução Neolítica, que compreendeu uma grande mutação técnica, social, cultural, política e demográfica, cristalizada com a invenção da agricultura, da cidade, do Estado e da escrita. Aliás, cabe aqui ressaltar o surgimento paralelo da agricultura e da escrita, o que demonstra como o tipo de linguagem relaciona-se com a estruturação do meio em que o homem vive. Assim, pode-se dizer que a escrita reproduz, no domínio da comunicação, a relação com o tempo e com o espaço que a agricultura havia introduzido na ordem da subsistência alimentar (Lévy, 1993). Como na agricultura, a escrita depara-se com um intervalo de tempo entre a sua produção e a sua concepção, tendo em vista a preocupação com os possíveis riscos de mal entendimento e, portanto, a necessidade de organização daquilo a ser transmitido. A humanidade, nesse momento, concentra-se e multiplica-se, constituindo diferentes comunidades em determinados focos. Instaura-se uma sociedade cuja principal característica é o sedentarismo, em contraposição ao nomadismo da sociedade paleolítica; observa-se uma primeira tendência à conexão, ou comunicação intensa; no entanto, como afirma Lévy (1998a), esse processo permanece em escala regional, prevalecendo uma sociedade fragmentada.

No final do século XV, as grandes navegações iniciam o amplo processo de interconexão entre as diferentes partes do mundo. Tal processo se fortalece com a Revolução Industrial, que procede de uma intensa revolução informacional, sendo ambos os fenômenos responsáveis pela terceira "grande mutação da aventura humana" (Lévy, 1998a:38). Tal mutação diz respeito às inúmeras transformações decorrentes dos avanços tecnológicos que revolucionaram os sistemas de transporte e de comunicação. O surgimento das NTIC fez com que o crescimento demográfico, ao contrário do que aconteceu no Paleolítico, quando a humanidade iniciou um processo de dispersão, conduzisse à intensificação dos contatos em escala mundial.

Na atualidade, as NTIC afetam as relações fundamentais de espaço e tempo, transformando as concepções espaço-temporais: o tempo é abolido e são alteradas as necessidades espaciais, devido à instantaneidade da comunicação informatizada (Castells, 1999; Sherrer-Warren, 1998). A questão das NTIC se insere no âmbito mais amplo de mudanças tecno-científicas, acompanhadas de instabilidade, desequilíbrio de conhecimentos já estabelecidos, refletindo e reverbe-

rando conflitos próprios deste momento de transição e ambivalência. Configura-se um novo panorama de relações de poder: quanto mais um regime político, uma cultura, uma sociedade organizam-se para intensificar as interconexões, melhor sobrevive (Lévy, 1998a). Portanto, a melhor forma de constituir e desenvolver uma coletividade não é mais fortificar as fronteiras, mas intensificar as relações, conexões entre si e com as demais coletividades.

É certo que a "conexão da humanidade consigo mesma" (Lévy, 1993, 1998a) não acarreta, automaticamente, mais igualdade entre os homens; o desenvolvimento técnico não conduz, necessariamente, a formas mais igualitárias de apropriação social. Porém, ao invés de se opor a um movimento técnico-social irreversível, de longa duração, é mais construtivo acompanhá-lo como um processo real que está produzindo profundas transformações na base da estrutura social e orientá-lo para que se estabeleça a ampliação de sua socialização. Assim, é necessária a intervenção no tipo de utilização que se faz dessa nova tendência de interconexão global – emancipadora ou criadora de novas dependências? –, de forma a torná-la um bem de apropriação de todos e não uma nova forma de centralização do poder.

Percebe-se que o desenvolvimento das NTIC vem potencializando a transformação de modos de pensar fechados em modos de pensar abertos, permitindo a constituição de um saber coletivamente produzido, marcado pela constituição do sistema de redes. Como afirma Castells, as funções e os processos dominantes na Era da Informação estão cada vez mais organizados em torno de redes, que constituem a nova morfologia social de nossas sociedades e são definidas por este autor como

> estruturas abertas capazes de expandir de forma ilimitada, integrando novos nós desde que consigam comunicar-se dento da rede, ou seja, desde que compartilhem os mesmos códigos de comunicação. Redes são instrumentos apropriados para a economia baseada na inovação, globalização e concentração descentralizada; para o trabalho, trabalhadores e empresas voltadas para a flexibilidade e adaptabilidade (...) e para uma organização social que vise a suplantação do espaço e invalidação do tempo. (Castells, 1999:498)

Conhecimento e Informação: novas tendências para a educação

Diversos autores têm analisado a necessária redefinição do campo educacional à luz das transformações nos processos econômicos, nas formas de organização e gestão do trabalho e na cultura cada vez mais mediatizada e mundializada (Bates; 2002; Belloni, 1999; Carmo, 1997). Muitos trabalhos exploram conceitos oriundos de outros campos, como a sociologia, a psicologia, a economia e a comunicação, para explicar os fenômenos educacionais. O grande desenvolvimento econômico do período capitalista se caracterizou pela intensa influência dos modelos teóricos e das práticas econômicas sobre os outros campos da sociedade. Assim, a expansão do capitalismo e de seu paradigma industrial repercutiu na organização dos serviços públicos (saúde, educação, transporte etc.), espelhando as suas bases fordistas como, por exemplo, a racionalização, a divisão do trabalho, a produção em massa, a formalização, a estandardização

e a centralização (Belloni, 1999). No campo educacional, a característica marcante de 'produção em massa' se evidencia na expansão da oferta – universalização do ensino fundamental e médio – e nas estratégias implementadas – grandes centros, centralização do planejamento e otimização dos recursos (Carmo, 1997). A escola pode ser vista como uma linha de montagem, em que o aluno é o produto que está sendo montado e os professores são os montadores, que adicionam informação ao produto (Valente, 1999). Quanto ao currículo, os conteúdos são fragmentados, categorizados, hierarquizados, e devem ser ministrados em uma ordem crescente de complexidade, dentro de um período predeterminado (Demo, 1993). Ao professor, portanto, cabe conduzir esse processo com objetividade, com cuidado para que os conteúdos sejam transmitidos de maneira precisa.

A partir da década de 90, a lógica do modelo industrial de inspiração behaviorista e de educação de massa começa a ser redefinida, abrindo espaço para modelos de educação mais abertos e flexíveis. Alguns autores assinalam a mudança do paradigma da produção em massa para o paradigma da produção 'enxuta', quando se propõe reagrupar o modelo artesanal com o modelo de produção em massa, combinando a grande variedade e qualidade do primeiro com o baixo custo e a grande quantidade do segundo sistema (Prado, 2000; Valente, 1993). Valente (1999:30) destaca que estamos vivenciando a passagem do fordismo, que empurra o produto na linha de montagem e, portanto, para o cliente, para uma produção desencadeada pelo cliente "que puxa o produto da prateleira".

Dessa maneira, novamente acompanhando as transformações do modelo econômico vigente (o modelo pós-fordista, ou de produção enxuta), o campo educacional vive um processo de reformulação, baseado em: 1) descentralização; 2) enfoque na individualização do processo de ensino-aprendizagem; 3) concepção da educação como processo de formação integral do indivíduo; 4) necessidade de integrar novas tecnologias da informação e comunicação (Bates, 2002).

Valente (1999) refere-se à pedagogia da produção enxuta como algo que ainda está se organizando e consolidando, e salienta que o fato de se exigirem trabalhadores para um novo mercado vem trazendo grandes desafios para as instituições educativas. Assim, ele ressalta que a postura do professor não pode ser a de "empurrar" informação para o aluno, mas a de criar situações em que o aluno possa "puxar" a informação e os recursos necessários para o processo de construção do conhecimento.

Carmo (1997:114) ressalta a importância da formação de cidadãos críticos, com competências comunicacionais e que precisam "aprender a (re)aprender, a partir da consciência de que o saber é degradável e a ignorância uma constância". Esse cidadão deve aprender a gerir os conteúdos da mudança como sujeito de sua história, posicionando-se ativamente diante das transformações.

Pesquisa e Desenvolvimento de Novas Tecnologias de Informação e Comunicação para a Educação

Atualmente, duas principais forças vêm contribuindo para a integração de novas abordagens de aprendizagem: o desenvolvimento e a difusão das ciências cognitivas e a construção de ambientes educacionais enriquecidos com o uso de tecnologias, que vêm possibilitando uma melhor compreensão de teorias e princípios envolvidos na criação e no uso de materiais e atividades de ensino-aprendizagem (Glaser, Ferguson & Vosniadou, 1996).

Um extenso corpo de conhecimentos do campo da psicologia cognitiva nos tem mostrado, em contraposição à visão fragmentada e disciplinar, que os indivíduos aprendem de forma não seqüencial e a partir de uma visão holística. Os caminhos percorridos para a construção de seu próprio conhecimento são feitos não apenas com base em seus estilos e ritmos de aprendizagem, mas também com base em suas experiências e conhecimentos prévios, definidos histórica e socialmente (Ausubel, Novak & Hanesian, 1978; Vygotsky, 1993; Jonassen, 1998).

Esses conhecimentos têm apresentado desafios para o campo da educação e ressaltado a necessidade de viabilizar iniciativas que representem marcos na tentativa de construção de currículos e programas centrados no aprendiz e nos desafios da sua prática profissional, e não mais no professor; baseados em resolução de problemas reais, e não mais em informação factual; integrando teoria e prática, ciências básicas e aplicadas, e não mais se dedicando a disciplinas isoladas (Sancho, 1998; Schank, 1995; Spiro et al., 1992; Struchiner, Rezende & Ricchiardi, 1998).

Constata-se ainda que a integração da tecnologia pode ser um elemento de questionamento e subversão do *status quo*, provocando mudanças significativas nos modelos educativos. As novas tecnologias de informação e comunicação oferecem recursos para iniciativas inovadoras de desenvolvimento e investigação, os quais buscam superar modelos tradicionais, mudando o foco do 'processo de instrução' para o 'processo de aprendizagem', isto é, colocando o sujeito da aprendizagem no centro do processo educativo (Valente, 1993; Jonassen, 1998). Esses recursos e ferramentas facilitam a consolidação de currículos mais flexíveis e abertos, adaptados às características diferenciadas de aprendizagem dos alunos, e possibilitam maior independência e autonomia em sua formação ao longo da vida. Oferecem, também, espaços para o desenvolvimento de formas inovadoras de interação/colaboração entre os participantes (alunos-alunos e alunos-docentes), colocando em xeque e transformando suas relações, trazendo maior horizontalidade ao processo, com base na valorização das experiências dos diferentes indivíduos. Possibilitam, ainda, o desenvolvimento de atividades e estratégias educacionais que enfatizem a aprendizagem contextualizada, a solução de problemas, a construção de modelos e hipóteses e o domínio do 'aluno' sobre o seu próprio processo de aprendizagem (Laurillard, 1993; Schank & Cleary, 1995). Esses aspectos são compatíveis com as necessidades de formação na área da saúde em qualquer nível de atuação. No entanto, uma vez que a educação é inerente à prática em saúde, é importante ressaltar que as diferentes concepções de educação e de saúde

definem o projeto educativo e condicionam as formas de integração, de apropriação e de institucionalização das tecnologias de informação e comunicação.

Nesse contexto, alguns aspectos precisam ser ressaltados.

Primeiramente, a incorporação das NTIC implica um processo de trabalho eminentemente interdisciplinar, isto é, desenvolve-se na confluência de conhecimentos sobre educação e tecnologias educacionais com os conteúdos curriculares. Uma equipe multidisciplinar (educação, informática, psicologia, programação visual etc.) que pesquisa, desenvolve, avalia e estuda materiais educativos com o uso de novas tecnologias da informação em parceria com especialistas de conteúdo (professores, pesquisadores e profissionais de alto nível) de diversas disciplinas viabiliza experiências inovadoras que possibilitam não apenas avaliar o potencial dessas tecnologias nas diversas experiências educativas, mas também construir conhecimentos sobre o processo de aprendizagem (Demo, 2000; Morin, 2001).

Além disso, é necessário assumir e compartilhar um enfoque claro e consistente sobre conhecimento e aprendizagem que oriente a pesquisa e o desenvolvimento de ambientes e atividades educativas com o uso de novas tecnologias. Portanto, ressalta-se que a integração de novas tecnologias só terá resultados positivos e significativos, no âmbito educacional, se estiver inserida em um contexto de mudança do processo de ensino-aprendizagem ancorado em abordagens educativas consistentes, como aquelas apoiadas pelo construtivismo (Jonassen, 1998; Novak, 1998). É importante ainda que sejam desenvolvidas estratégias de avaliação que evidenciem limitações e sucessos dos programas educativos veiculados pelas NTIC.

Finalmente, é necessário ressaltar que as NTIC não são capazes, por si mesmas, de realizar as transformações necessárias, uma vez que se constituem como ferramentas e veículos de comunicação e acesso à informação. Para que a adoção das NTIC seja realmente transformadora, deve-se assumir que a natureza desta tarefa de transformar o processo educativo no campo da saúde é um projeto político-pedagógico (Struchiner & Giannella, 2001), no qual estariam incluídos o desenvolvimento de programas gratuitos de veiculação ampla e a democratização do acesso à tecnologia (aos equipamentos) e à informação veiculada pelas NTIC (acesso físico, habilidade no manejo, competência crítica).

Potencialidades do Uso dos Recursos da Internet no Campo da Saúde

Desafios para a formação do profissional da saúde

Apesar de vários esforços, a geração de conhecimento no campo da saúde e a formação de seus profissionais (educação formal e continuada) ainda são consideradas como atividades isoladas. Por um lado, as práticas educativas raramente privilegiam um enfoque que ofereça aos grupos de estudantes e profissionais a oportunidade de vivenciar ativamente a aprendizagem como construção de conhecimento, através da reflexão sobre suas próprias experiências e da

participação ativa em estudos, investigações e foros de debate. Por outro lado, a disseminação de novos conhecimentos científicos está pouco orientada para a prática profissional, havendo, inclusive, um longo período de defasagem entre sua produção e difusão e a sua integração à prática dos serviços de saúde.

A formação de recursos humanos em saúde representa uma necessidade estratégica. Desde os anos 80, temos vivenciado um movimento de reformas setoriais, no qual se incluiu o setor Saúde, caracterizado pela defesa da descentralização do poder do Estado e de maior autonomia para as municipalidades, o que demanda iniciativas de capacitação da força de trabalho.

Do ponto de vista pedagógico, participantes de programas de formação são expostos a métodos de ensino reprodutivistas, que conduzem à passividade e à superficialidade, à falta de criatividade e curiosidade, e à falta de compreensão sobre os fenômenos e as experiências vivenciados (Dal Poz & Varella, 1994; Testa, 1992). É fundamental, portanto, vencer os atuais desafios do processo de educação continuada na área da saúde. Entre eles, destacam-se:

- Compartilhar e tornar acessível o conhecimento científico produzido, de forma a possibilitar sua aplicação na solução de problemas do setor Saúde: os próprios pesquisadores e especialistas têm dificuldade para acompanhar o desenvolvimento científico, assim como para se manterem atualizados com a grande quantidade de novos conhecimentos produzidos e conduzidos nos diversos meios de publicação.
- Capacitar profissionais que continuem aprendendo ao longo de suas vidas: com a constante reestruturação de nossa sociedade, condicionada pelo desenvolvimento científico e tecnológico e pelas novas demandas do mercado de trabalho, faz-se necessário reorientar os profissionais da saúde não só para a compreensão de conteúdos e processos específicos, mas também para a aquisição de autonomia e independência para buscar informações constantemente, isto é, para “aprender a aprender” (Pozo, 1998). Além disso, é importante ressaltar que, devido à atual possibilidade de acesso às informações sobre saúde veiculadas pela Internet, os profissionais desta área devem estar preparados para lidar com um novo tipo de paciente, que, muitas vezes, além de investigar seus problemas, questiona os procedimentos e condutas.

O desenvolvimento científico e tecnológico tem desencadeado transformações constantes nos espaços de trabalho, demandando um profissional com perfil mais aberto, capaz de se adaptar a mudanças e motivado para continuar aprendendo ao longo de sua vida. Portanto, um cidadão que, além de se sentir capaz de contribuir para o progresso social, esteja sempre consciente de que o ser humano é inacabado (Werthein & Cunha, 2000) e aprende por toda a sua vida.

Por outro lado, o próprio avanço tecnológico tem possibilitado o aparecimento de recursos interativos e de bases de informação oferecidos pela informática e pelas telecomunicações, que potencializam a difusão de novos espaços e contextos de aprendizagem, como é o caso da educação a distância, abrindo perspectivas para o aumento do acesso à educação.

Esses desafios se tornam ainda mais complexos quando pensamos na grande massa de profissionais que trabalham em diferentes países da América Latina com formação bastante diferenciada e enfrentam os inúmeros problemas de saúde da população, desencadeados pelas diferenças sociais, a maioria das vezes em condições precárias de infra-estrutura. O Brasil, por exemplo, por ser um país de extensão continental, apresenta diversidades socioculturais, e a necessidade de formação de recursos humanos em saúde se depara com a distribuição desigual dos centros formadores nas diferentes regiões. Essas questões impõem aos trabalhadores de localidades mais desprovidas a necessidade de buscarem (re)qualificação profissional em outras regiões mais distantes.

Divulgação e busca de informações na Internet

De maneira geral, podemos dizer que o potencial da Internet para o campo da saúde está na oferta de uma imensa rede de informação (hipertexto), em formatos diversos (hipermídia) e nas possibilidades de interação, de colaboração e de cooperação por meio das ferramentas comunicacionais.

Cada vez mais se ampliam e se disseminam variadas formas de divulgação de conteúdos sobre tópicos de saúde e formas de interação (listas e fóruns, por exemplo), dirigidos tanto ao público leigo como a profissionais especializados. Como sublinham Hogarth e Sabbatini (1998) e Malet (1997), a Internet vem potencializando o campo da saúde, oferecendo ferramentas de busca, uma infra-estrutura e uma imensa base de dados digitais de informação para todos aqueles interessados em saúde.

O ciberespaço nada mais é do que um imenso hipertexto: além de permitir vários níveis de aprofundamento sobre um mesmo assunto, a Internet possibilita a expressão de múltiplos pontos de vista e diferentes referenciais culturais. No entanto, o hipertexto pode facilitar a dispersão e a sensação de perda de controle por parte do leitor, que precisa criar habilidades de maneira a usufruir ao máximo o potencial dessa linguagem (Boettcher & Conrad, 1999).

O controle e a verificação da validade das informações e conhecimentos disponibilizados na *web* e a forma como lidar com eles são o ponto de partida para um bom uso da Internet. Não basta a destreza na utilização da informática, é necessário pensamento crítico diante das informações apresentadas. Como essas serão interpretadas e trabalhadas por usuários diferentes, em contextos e predisposições variadas, na medida de seus repertórios, interesses, objetivos, estados de espírito, é previsível que ocorra uma diversidade muito grande de 'leitura' e de uso desses materiais (Braga & Calazans, 2001).

Apesar da exclusão digital que afeta expressiva parcela de nossa população, tal acesso à informação em saúde começa a trazer novas configurações às interações entre médicos e pacientes. Começam a surgir pacientes que, mediante visitas a *sites* diversos, passam a dispor de elementos para monitorar e julgar encaminhamentos, diagnósticos, escolhas tera-

pêuticas e aspectos prognósticos. Isso, se por um lado amplia a participação do paciente nas decisões em saúde e pode melhorar a qualidade de vida em alguns casos, por outro lado pode elevar a insegurança diante da grande quantidade de informações e eventuais discrepâncias diante das incertezas que podem se manifestar nos processos clínicos (Telles, Castiel & Santos, 2003).

A importância do controle de qualidade dos conteúdos relativos à saúde na Internet pode ser dimensionada pelo fato de que tal informação varia desde relatos pessoais sobre adoecimento e grupos de discussão entre pacientes ao acesso a artigos de periódicos indexados e a ferramentas de auxílio à decisão clínica (Telles, Castiel & Santos, 2003).

As preocupações quanto à qualidade da informação estão voltadas para educar o consumidor, estimular a regulação dos emissores de informação em saúde, possuir instâncias não comprometidas para avaliar a informação e estabelecer sanções em caso de disseminação nociva ou fraudulenta de informação.

Existem diversos estudos que procuram analisar os instrumentos de avaliação da qualidade da informação sobre saúde na Internet, que tendem a ser classificados em cinco grandes categorias: selos de qualidade; códigos de conduta; guias de usuários; filtros e certificações de terceira parte (*third party certification*) (Wilson, 2002). No entanto, muitos *sites* não permitem uma avaliação, por não possuírem uma estrutura completamente desenvolvida ou por não permanecerem o tempo suficiente na rede.

A Health on the Net Foundation (HON), sediada em Genebra, proporciona um selo de qualidade aos portais que seguem determinados princípios (HON, 2003; Telles, Castiel & Santos, 2003). O código de conduta da HON dirige-se à padronização da confiabilidade da informação na WWW, sem, no entanto, avaliar a qualidade das informações veiculadas. Os preceitos avaliados são: 1) autoridade – profissionais treinados e qualificados serão responsáveis pela informação apresentada, a menos que, quando isso não acontecer, o fato seja declarado expressamente; 2) complementaridade – a informação não substitui o relacionamento existente entre pacientes e respectivos profissionais; 3) confidencialidade – os dados disponibilizados por usuários, incluindo a identidade, serão mantidos em sigilo; 4) atribuições – quando for o caso, as informações terão a chancela de referências claras a fontes de consulta, inclusive indicando *links* para acesso a tais fontes. A data em que cada página médica foi atualizada deverá ser registrada; 5) justificativas – similar ao anterior, no que se refere a comprovar benefícios e desempenho de tratamentos, produtos, serviços apresentados; 6) transparência na propriedade – os administradores visuais do portal devem apresentar claramente a informação e indicar endereços de contato para visitantes. O *webmaster* deverá exibir seu endereço eletrônico em todas as páginas; 7) transparência sobre o patrocínio – os apoios financeiros, materiais e de serviço devem ser explicitados claramente, identificando, inclusive, as organizações comerciais e não comerciais que tenham participado da viabilização do *site*; 8) honestidade da publicidade e da política editorial – deve ser claramente explicitado se a publicidade se constitui em fonte de renda do

site. Os proprietários devem esclarecer sumariamente a política de divulgação empregada. Anúncios e publicidade devem ser diferenciados em seus contextos de apresentação em relação aos conteúdos originalmente produzidos (HON, 2003).

Aplicações dos recursos da Internet na prática dos profissionais da saúde

No âmbito empresarial, o investimento em NTIC se constitui num dos elementos estratégicos para se alcançar a excelência da organização; no entanto, no âmbito dos serviços de saúde, salvo exceções, essa situação em relação ao uso das tecnologias da informação apresenta um desenvolvimento irregular e, em geral, pouco avançado (Gost et al., 2003). É necessário que se desenvolvam, nesse setor, maiores investimentos nas NTCI, para que os profissionais disponham de informações precisas que lhes permitam tomar decisões sobre seus cuidados de saúde e para que os gestores disponham de informações que lhes permitam gerir efetiva e eficientemente os recursos e para que os planejadores disponham de informações suficientes sobre os problemas e necessidades de saúde e possam estabelecer os programas e ações adequados. Esses objetivos se relacionam aos diferentes fins para os quais são registrados os dados de saúde: prestação de cuidados (incluindo os preventivos), gestão dos serviços de saúde, análise das necessidades e planejamento, designação de recursos, avaliação e acompanhamento, investigação, estudos epidemiológicos etc. (Gost et al., 2003).

A utilização da Internet pelos profissionais da saúde pode ser condensada em três principais possibilidades: a Internet como fonte de atualização, a Internet como vitrine de experiências e a Internet como rede de contatos (Giannella, 2002).

O potencial da Internet 'como fonte de informação e atualização' está na oferta (muitas vezes gratuita) de bibliotecas, revistas e jornais virtuais. Os laboratórios de pesquisa também começam a investir em suas páginas da Internet, o que amplia o acesso não apenas às publicações, mas também às discussões sobre metodologias e processos de investigação. Além disso, podem ser encontrados portais temáticos, de alta qualidade, especializados em determinados conteúdos. Portanto, procurar e selecionar esses *sites* são atividades de grande importância, e estabelecer o hábito de visitá-los constantemente configura um novo cenário para o profissional.

A 'Internet como vitrine de experiências' representa a oportunidade de o profissional conhecer variadas experiências na área de seu interesse, e assim avaliar e aprimorar a sua própria prática. Uma outra possibilidade interessante é visitar as páginas pessoais de outros profissionais da saúde, as quais, mais do que um 'cartão de visita', podem oferecer discussões e experiências sobre a atividade profissional.

De maneira geral, pessoas de uma mesma área, em diferentes instituições, dialogam sobre suas pesquisas e se encontram em eventos científicos; no entanto, raramente têm o hábito de compartilhar informações e experiências sobre suas atividades profissionais. Portanto, uma outra forma de a Internet enriquecer a troca de experiências entre os profissionais da saúde é

'oferecendo uma rede de contatos', facilitando a comunicação e colaboração entre os profissionais, que podem compartilhar experiências, trocar materiais e até mesmo criar projetos em parceria. Assim, esses contatos podem ser estabelecidos por *e-mail*, muitas vezes disponibilizados nas páginas pessoais, e por meio de listas de discussão.

Além dessas possibilidades, diversos autores tratam das contribuições da Internet, em relação à disponibilização de recursos e ferramentas úteis para a prática do profissional da saúde. Entre tais ferramentas, ressaltam-se (Hogarth & Sabbatini, 1998):

1) Registro médico em multimídia – Incorpora versões digitais de imagens médicas, sons, sinais fisiológicos etc.

2) Prontuários médicos de bolso - Os cartões inteligentes (*smart cards*) são do tamanho de um cartão de crédito, mas podem armazenar até 1.000 páginas de informação. Muitos modelos já estão disponíveis no mercado, e podem ser de dois tipos: cartões que contêm um *chip* (circuito integrado miniaturizado, embutido no cartão) e de *laser* (que usam uma tecnologia semelhante à do CD-ROM). Os cartões de menor capacidade contêm um conjunto mínimo de dados sobre o paciente (MDS - *Minimal Data Set*), tais como dados pessoais e civis, diagnósticos principais, alergias, tipo sangüíneo, dados do plano de saúde etc. Os cartões de maior capacidade podem conter um prontuário completo, inclusive todas as imagens médicas digitalizadas, resultados de exames etc. O cartão pode ser lido e também gravado usando-se um periférico especial ligado ao computador do médico ou do hospital. Tem ainda a grande vantagem de centralizar todas as informações médicas sobre um paciente em um único lugar.

3) Pesquisa clínica - Os ensaios clínicos são hoje a pedra sobre a qual se fundamenta a prática clínica baseada em evidências. No entanto, é extremamente demorado e trabalhoso coletar informações disponíveis nos prontuários clínicos em papel, quando se necessita realizar um levantamento. Com todos os registros médicos no computador, essa tarefa se torna muito mais fácil, podendo-se obter listagens de resultados em poucos minutos, bem como analisá-las estatisticamente com *softwares* adequados para uso pelo meio médico. O controle de qualidade (auditoria) da assistência médica também é muito facilitado pela existência do registro eletrônico. Uma outra aplicação interessante da informática nessa área ocorre nos estudos clínicos multicêntricos. A Internet já está sendo utilizada para efetuar a comunicação entre os centros, a coleta descentralizada de dados por meio de formulários 'inteligentes' disponíveis na Internet, bem como a distribuição dos resultados das análises aos colaboradores do estudo.

4) Armazenamento de imagens - O uso de computadores para adquirir, armazenar e processar radiografias já está começando a se tornar comum em muitos lugares. Esses sistemas, denominados de PACS (*Picture Archiving and Communication Systems*, ou Sistemas de Arquivamento e Comunicação de Imagens), estão sendo implementados em hospitais em todo o mundo. Pela Internet, é possível a integração do registro médico com imagens usadas pelos médicos no hospital, de modo a permitir a exibição das imagens captadas no serviço de radiodiagnóstico.

Através de uma rede própria do hospital, interligada por cabos óticos de alta velocidade, é possível montar uma Intranet de alto desempenho.

5) Medicina virtual - Uma das aplicações mais interessantes é na cirurgia virtual, desenvolvida pela Nasa, que utiliza uma tecnologia chamada 'telepresença'. Um médico, usando o visualizador tridimensional, pode enxergar perfeitamente o campo cirúrgico localizado a milhares de quilômetros de distância. Usando manipuladores especiais (semelhantes aos de videoendoscopia), ele pode comandar motores e pinças eletromecânicas a distância, cortando, agarrando e suturando. O mesmo tipo de aplicação pode ser visto já em produtos comerciais para o treinamento de cirurgias videoendoscópicas. Outro campo da informática médica que vem sendo utilizado é o da robótica médica, que consiste na aplicação dos robôs mecânicos em cirurgias.

6) Ciberespaço médico - Através da Internet, começa a se esboçar a formação de uma 'comunidade médica virtual', como o demonstram diversos projetos como o Hospital Virtual, as listas de discussão, o maior uso do correio eletrônico, a WWW. A conectividade existente em nível mundial, por exemplo, permite que recursos como um banco mundial de doadores de medula óssea, para fins de transplante, possa ser consultado através da WWW. O arquivo contém doadores de vários países. Este é um exemplo de como a disseminação eletrônica de informações pode salvar a vida de muitos pacientes.

Formação profissional na área da saúde

As novas tecnologias, o saber-fluxo, o saber-transição estão modificando profundamente a formação profissional: o que deve ser aprendido não pode mais ser planejado, nem precisamente definido de maneira antecipada; os perfis de competência são, todos eles, singulares, e está cada vez mais difícil canalizá-los em programas ou currículos que sejam válidos para todo o mundo (Lévy, 1998b). Em nossos dias, a maior parte dos saberes adquiridos no começo de uma carreira estarão obsoletos no fim de um percurso profissional, até mesmo antes (Carmo, 1997; Lévy, 1998b). Está superado o velho esquema segundo o qual se aprende na juventude um ofício que será exercido pelo resto da vida. Essa abordagem leva a questionar a divisão clássica entre período de aprendizado e período de trabalho (pois se aprende o tempo todo), bem como o ofício visto como o principal modo de identificação econômica e social das pessoas (Lévy, 1998b). Além disso, do ponto de vista ético, o compromisso do profissional da saúde com sua prática, somado à responsabilidade com a vida humana, impõe a busca por uma formação sólida, o que implica, neste atual contexto, formação permanente (Telles, Castiel & Santos, 2003).

A complexidade do mundo moderno, associada às problemáticas específicas do campo da saúde, exige um novo perfil profissional do trabalhador em saúde que compreenda competências de âmbito pessoal, social e de gestão. Capacidade de administração e gerenciamento a partir da tomada e implementação de decisões, trabalho em equipe buscando a negociação de conflitos e formação de consenso, comunicação intra e intergrupal, produção e divulgação de conhecimentos técnico-científicos, estabelecimento de protocolos e

normas de procedimentos são alguns desdobramentos de competências necessárias a esses profissionais (Telles, Castiel & Santos, 2003).

Muito se tem discutido sobre a contribuição da NTIC para a realização de atividades de educação continuada/permanente em saúde. No entanto, deve-se ressaltar que o que está em jogo não é tanto a passagem do ensino presencial para o ensino a distância e, tampouco, dos registros escrito e oral tradicionais para a multimídia. É, sim, a transição entre uma educação e uma formação estritamente institucionalizada (escola, universidade) e uma situação de intercâmbio generalizado dos saberes, de ensino da sociedade por ela mesma, de reconhecimento autogerido, móvel e contextual das competências. A distinção entre ensino presencial e a distância será cada vez menor, pois o uso das redes de telecomunicação e dos suportes multimídia interativos está se integrando progressivamente às formas de ensino mais clássicas.

Considerando-se a necessária renovação do contexto de trabalho na área da saúde, ressalta-se que o uso de redes informatizadas pode possibilitar que os profissionais, sem necessidade de se afastarem dos serviços, participem de um processo de aprendizagem significativa, por meio de orientações individualizadas, do acesso a materiais e informações, de participação em grupos de discussão e em projetos coletivos (Rovère, 1994).

Portanto, um programa de educação a distância em saúde, com o uso de redes, deve ser compreendido como um novo paradigma para a organização social de um campo de conhecimentos e práticas com perspectivas de formação continuada, intercâmbios de experiências, acesso a materiais e informações (Carvalho, 2000). Configura-se, assim, como um espaço aberto, permitindo a participação ativa de todos os seus integrantes em condições de igualdade.

A necessidade de desenvolver um processo educativo e materiais em que profissionais do campo da saúde possam não somente trabalhar em seu próprio ritmo, mas também de acordo com seus estilos de aprendizagem (de maneira mais natural), é especialmente crítica quando consideramos que estamos lidando com uma população de adultos.

Finalmente, é fundamental ressaltar a importância do espaço social da aprendizagem, ou seja, a interação, o diálogo educacional e o intercâmbio de idéias e experiências entre tutores e profissionais da saúde e entre os participantes de atividades educativas, como elementos essenciais do processo de construção do conhecimento. Esse espaço é praticamente inexistente quando se trabalha com os modelos tradicionais de capacitação a distância, por sua natureza impessoal.

Comentários Finais

O campo das NTIC constitui-se em uma ferramenta estratégica para o acesso às novas formas de organização do conhecimento, relações entre indivíduos e grupos sociais, bem como para o fortalecimento dos diferentes contextos socioculturais no âmbito da 'sociedade do co-

nhecimento' (Castells, 1999; Lévy, 1993). O irreversível fenômeno da globalização apresenta aos países em desenvolvimento questões críticas, tais como: inclusão social e tecnológica, identidade cultural, autonomia e soberania. Não é de hoje que os países em desenvolvimento são encarados como mercados emergentes pelo sistema capitalista, e a 'sociedade do conhecimento e da informação é um novo elemento predominante desse mesmo modo de produção.

Buscar soluções para questões relacionadas à educação e à formação de recursos humanos em saúde baseadas no uso das novas tecnologias, fortalecendo o desenvolvimento científico e tecnológico, é de fundamental importância para a emancipação econômica e cultural do Brasil e dos demais países da América Latina.

No entanto, devem-se ressaltar algumas perspectivas fundamentais para o trabalho com as NTIC:

- A integração educação-trabalho é fundamental como uma nova perspectiva das instituições deste século, tanto das 'organizações que aprendem' quanto das estratégias para a educação permanente de adultos trabalhadores. Isso significa que a abordagem de aprendizagem deve superar as tradicionais estratégias educativas de transmissão de informação, oferecendo uma visão integral de homem, de conhecimento e de sociedade (Demo, 1993; Pozo, 1998).
- A visão integradora de educação, tecnologia e trabalho deve orientar o desenvolvimento das atividades de ensino e formação continuada de profissionais da saúde, entendendo-se o fenômeno da formação profissional como processo histórico-social, em que os alunos são sujeitos e não objetos do processo educativo (Carmo, 1997; Sancho, 1998).
- As abordagens pedagógicas ativas e contextualizadas, por sua vez, devem levar em conta a complexidade da formação, incluindo a observação e a análise de diferentes aspectos, propondo e discutindo caminhos para situações passíveis de serem vivenciadas na prática. Devem ainda possibilitar a construção de sentido sobre os conteúdos aprendidos e suas inter-relações e sobre a relevância da atividade educativa para o cotidiano profissional, oferecendo aos estudantes as condições necessárias para que possam avançar, reconstruir o conhecimento e preparar-se para continuar aprendendo ao longo de suas vidas (Novak, 1998; Perrenoud, 2000).

Cabe, ainda, ressaltar o aspecto da utilização NTIC no processo educativo: a necessidade imperiosa de alfabetização tecnológica da força de trabalho atual requer não apenas informação sobre o uso dos recursos, mas também a construção de uma visão de tais recursos como ferramentas capazes de apoiar e potencializar todo o trabalho realizado pela mente humana, e, portanto, não como fins em si mesmos. Portanto, deve-se partir de uma abordagem inovadora que entenda que a tecnologia deve estar a serviço da autonomia, da diversidade cultural, da inclusão tecnológica, da participação ativa dos sujeitos e do entendimento do processo educativo como ferramenta estratégica para a construção da cidadania, das mudanças sociais e da melhoria da qualidade dos serviços essenciais de uma nação, como é o caso da saúde.

Referências Bibliográficas

AUSUBEL, D. P.; NOVAK, J. D. & HANESIAN, H. *Educational Psychology: a cognitive view.* 2.ed. New York: Holt: Rinehart, & Winston, 1978.

BATES, A. W. Restructuring the University for technological change. In: *What Kind o University?*, 18-20 jun. 1997. http://bates.cstudies.ubc.ca Acesso em 08 fev. 2002.

BELLONI, M. L. *Educação a Distância.* Campinas: Autores Associados, 1999.

BOETCHER, J. V. & CONRAD, R. *Faculty Guide for Moving Teaching and Learning to the Web.* Florida: Corporation for Research and Educational Networkin, 1999.

BRAGA, J. L. & CALAZANS, M. R. *Comunicação e Educação.* São Paulo: Hacker, 2001.

CARMO, H. D. A. *Ensino Superior a Distância: contexto mundial.* Lisboa: Universidade Aberta, 1997.

CARVALHO, A. I. de. A educação a distância e a nova saúde pública, 2000. http://www.ccs.uel.br/olhomagico/ead/reflex.htm Acesso em 10 jun. 2001.

CASTELLS, M. *A Sociedade em Rede.* São Paulo: Paz e Terra, 1999.

DAL POZ, M. R. & VARELLA, T. C. Recursos humanos em saúde no Brasil: política e problemas. In: GUIMARÃES, R. & TAVARES, R. (Org.) *Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80.* Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

DEMO, P. *Desafios Modernos da Educação.* Petrópolis: Vozes, 1993.

DEMO, P. *Educação e Conhecimento: relação necessária, insuficiente controversa.* Petrópolis: Vozes, 2000.

GIANNELLA, T. R. *A Teoria da Atividade como Abordagem Teórico-Metodológica para o Desenvolvimento e Análise de um Curso Virtual para Docentes Universitáros: a Internet no ensino superior – recursos e aplicações*, 2002. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

GLASER, R.; FERGUSON, E. L. & VOSNIADOU, S. Introduction: cognition and the design of environments for learning. In: VOSNIADOU, S. et al. *International Perspectives in the Design of Technology-Supported Learning Environments.* Hillsdale: Lawrence Erlbaum, 1996.

GOST, J. et al. Tecnologias de la información y comunicación: su impacto en la gestión de los servicios de salud. http://www.alass.org/es/Actas/109-E.doc Acesso em 12 mar. 2003.

HEALTH ON THE NET FOUNDATION (HON). *Código de Conduta (HONcode) para sites Web medicina e saúde*, 2003.

HOGARTH, M. E. & SABBATINI, R. M. E. Informática e a medicina do século XXI. *Informática Médica*, 1(2,), mar.-abr.1998. http://www.epub.org.br/informaticamedica/n0102/hogarth.htm Acesso em 22 abr. 2003.

JONASSEN, D. Designing constructivist learning environments. In: REIGELUTH, C. M. (Ed.) *Instructional Theories and Models.* Mahwah: Lawrence Erlbaum, 1998.

LAURILLARD, D. *Rethinking University Teaching: a framework for the effective use of educational technology.* London: Routledge, 1993.

LÉVY, P. *As Tecnologias da Inteligência: o futuro do pensamento na era da informática.* Rio de Janeiro: Editora 34, 1993.

LÉVY, P. A. A revolução contemporânea em matéria de comunicação. *Famecos - Mídia, Cultura e Tecnologia*, (9):37-49, dez. 1998a.

LÉVY, P. *Educação e cybercultura: a nova relação com o saber*. Trad. Bruno Magne. 1998b. http://empresa.portoweb.com.br/pierrelevy/educaecyber.html Acesso em 08 ago. 2001.

NOVAK, J. D. *Learning, Creating and Using Knowledge: concept maps as facilitative tools in schools and corporations.* Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 1998.

MALET, G. Aplicações clínicas da Internet na medicina. 1997. http://www.informaticamedica.org.br/intermedic/n0101/malet/malet_p.htm Acesso em 16 abr. 2004.

MORIN, E. *Os Sete Saberes Necessários à Educação do Futuro.* São Paulo: Cortez, 2001.

PERRENOUD, P. *Dez Novas Competências para Ensinar.* Porto Alegre: Artmed, 2000.

POZO, J. I. *Teorias Cognitivas da Aprendizagem*. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

PRADO, M. E. *O Uso do Computador na Formação do Professor: um enfoque reflexivo da prática pedagógica.* Brasília: Ministério da Educação/ Secretaria de Educação a Distância/Programa Nacional de Informática na Educação, 2000. (A informática para a mudança na educação)

ROVERE, M. R. Gestion estratégica de la educación permanente em salud. In: *Educación Permanente de Personal de Salud*. Organización Panamericana de la Salud. Waschington, D.C.: 1994. (Desarrolo de recursos humanos, 100)

SANCHO, J. M. *Para uma Tecnologia Educacional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

SCHANK, R. C. & CLEARY, C. *Engines For Education*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, 1995.

SHERRER-WARREN, I. Ações coletivas na sociedade contemporânea e o paradigma das redes. *Sociedade e Estado*, 13(1):55-70, jan.-jul. 1998.

SPIRO, R. J. et al. Cognitive flexibility, construtivism, and hypertext: random access instruction for advanced knowledge acquisition in ill-structured domains. In: DUFFY & JONASSEN (Eds.) *Constructivism and the Technology of Instruction: a conversation*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, 1992.

STRUCHINER, M. & GIANNELLA, T. *Educação a Distância: reflexões para a prática nas universidades brasileiras*. Brasília: Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras, 2001.

STRUCHINER, M., REZENDE, F. & RICCIARDI, R. V. Elementos fundamentais para o desenvolvimento de ambiente de aprendizagem à distância. *Tecnologia Educacional*, 26(142):3-10, jul.-ago.-set. 1998.

TELLES, F. S.; CASTIEL, L. D. & SANTOS, H. dos. *Internet e Ciência*. Material didático-instrucional do Curso de atualização a distância 'Internet para Profissionais de Saúde'. Rio de Janeiro: Escola de Governos em Saúde, Educação a Distância/Ensp/Fiocruz, 2003.

TESTA, M. *Pensar em Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TOFFLER, A. *The Third Wave*. London: PAN, 1980.

VALENTE, J. A. Porque o computador na educação. In: VALENTE, J. A. (Org.) *Computadores e Conhecimento: repensando a educação*. Campinas: Gráfica Central da Unicamp, 1993.

VALENTE, J. A (Org). *O Computador na Sociedade do Conhecimento*. Campinas: Gráfica Central da Unicamp, 1999.

VYGOTSKY, L. S. *A Formação Social da Mente: o* desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

WERTHEIN, J. & CUNHA, C. da. *Fundamentos da Nova Educação.* Brasília: Unesco, 2000.

WILSON, P. How to find the good and to avoid bad or ugly: a short guide to tools for rating quality of health information on the Internet. *British Medical Journal*, 324(7.337):598-602, mar. 9 2002.

POLÍTICAS DE SAÚDE

15. REFORMA DEL ESTADO Y DEL SECTOR SALUD EN AMÉRICA LATINA

Celia Almeida

El impacto de las reformas de los sistemas y servicios de salud en las últimas décadas constituye un tema de agenda política en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe.

Las importantes transformaciones acaecidas durante los años 80 y 90 en la región condujeron a un balance económico y social desalentador. Las opciones políticas que pautaron la reinserción de América Latina en el nuevo orden mundial, salvo escasas excepciones, no se orientaron hacia la puesta en marcha de adecuadas políticas sociales, sometiendo a los Estados nacionales a las condiciones establecidas por los bancos acreedores del endeudamiento regional. La relación entre el desarrollo social extremadamente desigual y las dificultades en la implementación de reformas cruciales gozan hoy de consenso en la literatura, en los gobiernos y en los organismos internacionales.

Este panorama ha generado como prioridad el combate de la pobreza y la revisión de las políticas sugeridas por las agencias multilaterales en la región. La cuestión de la equidad pasó a ser considerada esencial para un desarrollo regional integral y sustentado.

Los procesos de cambio en el sector Salud han sido influenciados por varios fenómenos simultáneos, tanto endógenos como exógenos, tales como las transformaciones de la economía mundial y sus turbulencias concomitantes, las opciones internas frente a la globalización, las crisis fiscales del Estado y la disminución de las inversiones públicas, el aumento de las desigualdades entre los grupos sociales, la democratización política del continente, el apremiante rescate de la ingente deuda social acumulada, y la ineficiente y baja efectividad de las acciones en el sector Salud.

Si bien el principio orientador de las reformas en los sistemas de servicios de salud se basó en la superación de las desigualdades, las evidencias disponibles no confirman ese resultado.

Es abundante la literatura sobre la cuestión de la reforma del sector Salud pero es todavía escasa la discusión sobre los aspectos contextuales –económicos, sociales y políticos– que dan

origen a las reformas e interfieren de forma decisiva en su implementación, omisión que refuerza la tendencia a caracterizarlas como meros procesos técnicos naturalizados por la globalización.

Este documento se propone discutir algunos aspectos de esa problemática. La sección inicial contiene una reseña del panorama económico y social de la región desde los años 80 a los 90, efectuando un balance del impacto de los ajustes económicos en la pobreza y la desigualdad, en el deterioro de la participación del gasto social global y del gasto nacional en salud en particular, y en las desigualdades en el sistema de servicios de salud. La segunda parte analiza la nueva agenda de reforma y sus lineamientos de política social y de salud. Finalmente, la tercera parte discute algunos aspectos críticos de la implementación de esa agenda reformadora y los desafíos que deben de ser enfrentados.

Panorama Económico y Social de la Región y Reforma Sectorial

Las desigualdades

La coyuntura económica, política y social que transcurrió a partir de los años 80 del siglo XX, habilitó una dinámica economicista y restrictiva en la región. Es así que América Latina y el Caribe sufrieron, en ese período, serios ajustes estructurales de estabilización económica inducidos explícitamente por los organismos multilaterales. Esos ajustes produjeron un aumento de la deuda externa e interna, y la reducción de la autonomía de los Estados para definir sus propias políticas.

Estos procesos empeoraron las condiciones de vida en general, y de salud en particular, de las poblaciones de la región, profundizando las desigualdades ya preexistentes y generando mayor pobreza. Fueron concomitantes con dificultosas transiciones políticas hacia la democracia, con mayor visualización y vocalización de demandas sociales.

Si bien en la década de los 90 se han observado recuperaciones parciales y cierta macroestabilidad económica, éstas se basaron en una fuerte dependencia de inversión externa, fundamentalmente originadas por capital especulativo de alta volatilidad (Altimir, 1998).

La heterogeneidad estructural de los sectores productivos creció a partir de la implantación de empresas de 'clase mundial', subsidiarias de casas matrices transnacionales que aplastaron a pequeñas y medianas empresas de capital nacional que no han logrado adaptarse al nuevo contexto y que generaron mayor deterioro de las condiciones de trabajo (empleo informal) y de ingreso, y mayores tasas de desempleo abierto (Cepal, 2000).

A inicios de la década de los 80, el número de pobres alcanzaba al 40,5% de los habitantes de la región, de los cuales el 18,6% era considerado indigente. En los años 90 la proporción de hogares en estado de pobreza era de 48,3%, y aunque se redujo al 43,8% en 1999, el número absoluto de pobres aumentó entre 1990-1999 de 200,2 a 212 millones de personas, de las cuales 91 millones eran indigentes (Cepal, 2000, 2003).

El inicio del nuevo siglo se caracteriza por un estancamiento en el proceso de superación de la pobreza en la región. Entre 1999 y 2002, la tasa de pobreza disminuyó sólo 0,4 puntos porcentuales, al pasar de 43,8% a 43,4%, al tiempo que la pobreza extrema creció 0,3%, abarcando al 18,8% de la población regional, y el número de personas pobres se elevó hasta 220 millones, incluidos 95 millones de indigentes (Cepal, 2003).

También se intensificó de manera similar la vulnerabilidad económica de los sectores bajos y medios por la inequitativa distribución de la renta, ubicándolos más cerca de la línea de pobreza, especialmente en las áreas metropolitanas de todos los países.

Se evidencia en la región una situación de modernización excluyente (Filgueira & Lombardi, 1995) en la que el desarrollo social y la distribución de la renta no corresponden a la riqueza relativa de cada país, medida en términos de PBI (Producto Bruto Interno) *per capita*. Cualquiera sea el indicador de desigualdad que se adopte, con excepción de Uruguay, durante las dos últimas décadas se registró en la región una concentración del ingreso en el 10% de los hogares más ricos –que aumentaron su participación en la renta total–, con la consecuente caída del 40% de los hogares más pobres (Cepal, 2001).

Pese a las predicciones de los organismos internacionales, las desigualdades no han disminuido; por el contrario, con raras excepciones, en la mayoría de los países no se han reducido los niveles de desigualdad en relación con los imperantes desde los años 70 y, para muchos, la desigualdad es mayor que entonces (Almeida, 2002a).

Además existe una relación positiva entre el aumento de las desigualdades y el aumento de la pobreza y se detecta una relación inversa entre crecimiento económico y pobreza: el crecimiento de las desigualdades impidió la reducción de la pobreza, a pesar de las burbujas de crecimiento del PIB en los 90 (Cepal, 2000; Kliksberg, 2000; Székely, 2001).

Si se tiene en cuenta el gasto social, en los años 80 los datos muestran una reducción de los recursos sociales disponibles (incluyendo el sector Salud) y una escasa prioridad asignada a las políticas sociales (Bustelo, 1994). A diferencia de lo que ocurrió en Europa, en los años 80, en América Latina y el Caribe la evolución del gasto social real *per capita* fue negativa, cíclica y no logró recuperar los niveles existentes antes de la crisis. En realidad, el gasto social fue un instrumento de ajuste fiscal, en tanto su función compensatoria en relación con los salarios fue secundaria (Cominetti, 1994). Los sectores relativamente más vulnerables fueron vivienda y educación, pero asimismo seguridad social y salud sufrieron fuertes deterioros. El gasto social no fue un factor significativo en la generación del déficit fiscal y su comportamiento fue asimétrico en los diversos sectores, produciendo una significativa disminución de la inversión pública y un consecuente deterioro en la calidad de los servicios y en la capacidad gerencial.

En contrapartida, y para intentar contrarrestar la tendencia anterior, en los años 90 el gasto social ha aumentado considerablemente: del 10,4% del PBI en 1990-91 al 12,1% en 1996-

97 (Cepal, 2001) y 13,8% en 2000-2001, a pesar de la pronunciada reducción del crecimiento del PIB *per capita* en ese período, que pasó de 2,1% al 0,2% al año (Cepal, 2002-2003). En efecto, de 1990-1991 a 2000-2001, el gasto social por habitante se elevó un 58% promedio en la región (de 342 a 540 dólares *per capita* anuales) (en US$ de 1997) (Cepal, 2001, 2002-2003). También aumentó la parte pública de ese gasto –del 42 al 48% del gasto público total– como resultado de una mayor prioridad fiscal. Ese crecimiento ha sido generalizado (con excepción de Honduras y Venezuela), pero no tuvo la misma magnitud en los distintos países: el aumento ha sido más rápido en los países de menores ingresos por habitante, donde dicho gasto suele ser más bajo, y en algunos hubo un aumento de más del 100% (Colombia, Guatemala, Paraguay, Perú y República Dominicana). Ese incremento tampoco fue homogéneo a lo largo de la década: en la mayoría de los países el ritmo de expansión fue mayor durante el primer quinquenio (cerca de un 30%) y el aumento fue mucho menor en el segundo (16%), sobre todo a partir de 1998 (Cepal, 2001, 2002-2003). Sin embargo, el aumento del gasto social no se acompaño de una reducción de las pronunciadas disparidades entre países existentes a fines de los años ochenta, manteniéndose la enorme heterogeneidad, y en algunos los valores aplicados en el sector social son todavía muy insuficientes, si se compara con el propio patrón regional (Cepal, 2002-2003).

La cobertura de la seguridad social presenta niveles disímiles y nunca fue significativa en la región, en comparación con los países europeos. Argentina, Chile, Uruguay y Brasil fueron los pioneros en la creación de sus sistemas de protección social: a inicios de la década de los 80, cerca del 61% de la población de la región estaba cubierta por alguna forma de seguridad social (OPS/Cepal, 1994), dato que demuestra que la seguridad social fue el sector menos comprometido durante dicho período. Sin embargo esas condiciones de protección social se han deteriorado en los años 90 a raíz de la disminución de los niveles de empleo en el sector formal y de la desregulación del mercado de trabajo.

El patrón de desigualdad también se extiende al sector Salud. Aunque los promedios regionales y nacionales evidencien una mejoría en algunos indicadores (por ejemplo, esperanza de vida al nacer y mortalidad infantil), al estudiar el comportamiento según niveles socioeconómicos, regiones geográficas, género, etnias y edad puede detectarse que amplias franjas de las poblaciones están siendo seriamente perjudicadas tanto en su estado de salud como en sus posibilidades de acceso y uso de servicios (OPS, 1999). O sea, la característica regional es la gran diferencia de los indicadores entre los países, y entre grupos sociales y regiones dentro de un mismo país.

En relación al perfil epidemiológico, las causas de muerte también han cambiado, presentando patrones mixtos donde conviven las muertes por enfermedades evitables –en los diversos grupos de edad– con aquellas producidas por enfermedades crónicas y degenerativas; dependiendo tanto del desarrollo económico-social como de la organización del sector Salud, de la tasa de fecundidad, de las modificaciones en estructura de edad, del proceso de urbanización y de las condiciones de vida. Se registra también el recrudecimiento o empeoramiento de los contextos endémicos y epidémicos. Esto significa que los países enfrentan un cuadro com-

plejo, con distintos tipos de problemas de salud y capacidades muy diferentes para resolverlos (OPS, 1999). En general las desigualdades en salud son acumulativas, conforme se combinan y agregan de diversas maneras tales variables.

El gasto en salud en la región de América Latina y el Caribe es extremadamente heterogéneo (el promedio para la década de los 90 se ubica en U$S 498 *per capita*, con enormes variaciones entre los países). En los años 80 disminuyó el promedio regional alcanzado en las décadas anteriores y en los 90 se visualiza un ligero aumento en el primer quinquenio y una posterior disminución en el segundo (OPS, 2000). Dado que el PIB disminuyó, estos aumentos no significaron –en términos absolutos– más recursos para la salud.

La composición según sectores público y privado del gasto muestra que entre 1980-1999, el gasto privado fue el componente más importante del gasto total en salud: alrededor de 57% del gasto sanitario en toda la región (4,0% del PBI) en 1999, habiendo alcanzado un 58,5% a mediados de la década. La parte pública de este gasto constituía en 1990 cerca de 43,4% del gasto sanitario total, lo que representaba el 3,0% del PBI. Este porcentaje era poco más de la mitad del promedio de los países de la Unión Europea (4,9% del PBI), cuyo PIB es bastante más alto (OPS/Cepal, 1994). Durante los años 90 se observa una recuperación del gasto público, pero al final de la década, el aumento verificado (del 3,0% al 3,4% del PIB) aún continuaba bastante por debajo del promedio europeo y el porcentaje privado del gasto prácticamente se había estabilizado (del 3,99 del PIB en 1990 al 3,93 en 1998-2000); el componente del gasto público atribuido a la seguridad social disminuyó de forma continua entre 1990-1999 (del 1,29 del PIB en 1990 a 1,03 en 1998-2000), mientras que la participación del gobierno central aumentó un 10,8% y la de los gobiernos locales apenas cerca del 1%, con tendencia a la disminución al final de la década (OPS, 2001).

Según datos de la OMS (1999), calculados a partir de las Cuentas Nacionales en Salud (*National Health Accounts*), atualizados para 2002, el porcentaje del gasto público en salud en América Latina y el Caribe era cerca del 50% en ese año; el gasto directo de bolsillo era aproximadamente el 34%; y la mezcla de todos los otros gastos privados era el 16%, totalizando 50% de gasto privado (World Bank, 2004:137). Por tanto, confirmando la tendencia de fines de los '90, se observa un aumento del gasto público y una disminución del gasto privado, pero el gasto directo de bolsillo continúa bastante alto.

Esta composición del gasto aumenta la inequidad en la región, ya que las desigualdades en el gasto privado están estrechamente relacionadas con las desigualdades de la distribución de la renta, y en general están más concentradas. En aquellos países (como Honduras) en los que el gasto público es menor y aumenta el gasto privado, existe una significativa tendencia a que los quintiles más pobres destinen mayores porcentajes de su renta para el pago de medicamentos y co-pagos para consultas. Por el contrario, en Costa Rica se verifica una relación inversa: crece el gasto público de salud y disminuye el porcentaje privado destinado a costear el acceso a los servicios entre los sectores más carenciados (Molina et al., 2000).

En lo que se refiere al acceso a los servicios de salud, se comprobó que los sistemas públicos de la región, aunque presentan un patrón desparejo, no lograron superar los problemas de eficiencia, cobertura y calidad de la atención anteriores a la crisis –que incluso en ciertos casos se agravaron– como consecuencia de la reducción del porcentaje del gasto público destinado a salud. Esta problemática se enmarca en la generalización de procesos de reforma sectorial, fuertemente influenciados por el paradigma neoliberal. Un continuo proceso de descentralización de los sistemas de salud implica, en muchos casos, la desconcentración del gasto del gobierno central, ya sea para niveles sub-nacionales de gobierno, ya sea para el sector privado (privatización). De hecho, se observa que la relación entre el sector público y el privado se está alterando, con un acelerado crecimiento de la infraestructura privada en la última década. Todos estos factores agravaron las desigualdades existentes en el acceso a los servicios, en la oferta de profesionales y en el estado de salud de los sectores más pobres.

Además, las acciones de prevención y promoción de la salud fueron postergadas o no priorizadas, con resurgencia de enfermedades infecciosas, transmisibles y endémicas, algunas anteriormente controladas, empeoramiento de las existentes y no controladas, además del brote de epidemias y surgimiento de nuevas enfermedades.

El gasto en consumo de medicamentos es sumamente disímil entre los países de América Latina y el Caribe, pero se visualiza como tendencia que la desregulación del mercado de medicamentos en varios de ellos implicó un fuerte aumento que incidió notablemente en el porcentaje del gasto directo de las familias, dado que las instituciones públicas redujeron la cobertura de medicamentos. Las acciones de vigilancia sanitaria son muy débiles en una región en donde el grado de automedicación es uno de los más altos del mundo.

La agenda de reforma

Las tradicionales discusiones entre eficiencia en la asignación de recursos y equidad de los años '70 y '80, son retomadas en los '90 por los organismos internacionales a partir de la difusión de la fórmula 'edistribución sólo con crecimiento' Mientras se reconoce la importancia de la intervención del Estado en el sector social, se exacerba la crítica a la efectividad y a su capacidad resolutiva, planteando como cuestión central la incapacidad estatal para la implementación de políticas sociales destinadas a los sectores más necesitados. El problema no se centraría en el irrelevante monto del gasto público sino en la mala asignación de recursos, ya que los beneficios obtenidos serían muy magros para solventar una ingente, cara e ineficiente estructura organizacional. Paralelamente a la creación de un fondo especial para aliviar las consecuencias económicas y sociales adversas de los programas de ajuste, el Banco Mundial anuncia su injerencia activa en la reformulación de las políticas sectoriales (Melo & Costa, 1994; Almeida, 2002a, 2002b).

La agenda del Banco Mundial para la región se ha modificado desde la década del 80 hasta la actualidad. En 1980 subordinaba la evaluación de los gastos en salud a las necesidades

macroeconómicas preconizadas por los procesos de estabilización y ajuste. Abogaba por la disminución del papel del Estado y la superioridad del mercado en el financiamiento y en la provisión de servicios de salud. En 1993 el Banco Mundial suavizó algunas de sus directrices político-ideológicas para el sector, y adoptó un enfoque más pragmático y explícitamente dirigido hacia prescripciones de reforma en el campo de la salud. El Informe del Desarrollo Mundial: Invertir en Salud (1993) hace un análisis de los indicadores sanitarios disponibles en los diversos países y establece el escenario para una reforma en la política de salud, definiendo prioridades según principios de costo-efectividad y focalización en los más pobres. La opción de política compensatoria para ese complejo *trade off*, adoptada por el Banco, es apoyada tanto por la Cepal como por la OPS.

En el campo de la salud, el diagnóstico del Banco Mundial enfatiza los siguientes problemas para la región: mala asignación de recursos, inequidad de acceso a los servicios de los sectores más pobres, ineficiencia y explosión de costos (confluencia entre expansión del número de médicos; un desarrollo tecnológico frenético con capital intensivo; y formas de pago que incentivan gastos excesivos) (World Bank, 1993).

La agenda de reformas sectoriales para la región, que integra las condiciones de los préstamos financieros internacionales, se basa en la necesidad de enfrentar viejos problemas (ineficiencia, efectividad nula, desigualdades), de hecho presentes en los sistemas de salud, pero que se agravaron por los sucesivos programas de ajustes que disminuyeron la inversión en políticas sociales, y deterioraron las instituciones del Estado y las administraciones públicas. Implica además una aceptación pragmática de las nuevas condiciones económicas y la inexorabilidad de la escasez de recursos, pregonando la selectividad y los paquetes básicos para grupos específicos más necesitados, es decir, los pobres.

Entretanto, la agenda política de estas reformas contemporáneas fue condicionada por la dinámica de construcción de una 'sociedad orientada hacia el mercado', subyacente a la hegemonía neoliberal de la época. Por ello, la reforma administrativa, la descentralización y la introducción de mecanismos de competencia fueron los ejes estipulados para obtener mayor eficiencia y equidad, como resultado de la difusión amplia para la región de una agenda formulada fuera de ella y asimilada mundialmente de forma muy poco crítica. En varios países, estos elementos formaron parte de nuevos modelos de reforma sectorial y los principales elementos de tales reformas son: disminuir gastos en el sector Salud; romper 'monopolios' y redefinir papeles (del Estado y de los profesionales); alterar el *mix* público-privado, aumentando la participación de estos últimos en la prestación de servicios; atender las demandas del 'consumidor'; alcanzar mayor eficiencia y flexibilidad gerencial, además de mayor efectividad. Se decía que con esas medidas serían alcanzados mejores niveles de equidad.

Algunos mecanismos fueron implementados, significando un cambio de orientación en la estructuración de los servicios de salud 'de la oferta para la demanda': contención de costos y control de gastos (disminución de la oferta y control de la utilización); descentralización; sepa-

ración entre provisión y financiamiento de servicios con cambios en la asignación de recursos financieros; fortalecimiento de la capacidad reguladora del Estado; introducción de mecanismos competitivos con construcción de 'mercados regulados' o 'cuasimercados' (*managed care*, *managed competition*, mercado interno, competición pública); introducción de un amplio elenco de subsidios e incentivos (a la demanda y a la oferta) designados para reestructurar el *mix* público-privado y quebrar el 'monopolio estatal'; privatización; priorización de actividades y focalización. Tal proceso ha cuestionado el derecho a la salud como un derecho humano fundamental o como un beneficio social. Es interesante notar que, para algunos autores, los procesos de cambio que no se pautan a través de esa agenda no son considerados procesos de reforma.

Este ideario fue concomitante con un amplio movimiento de reforma del Estado, y critica fuertemente la forma en que fueron estructurados los sistemas de salud y como éstos funcionaban hasta entonces.

La inspiración conservadora de esa agenda está en el hecho de que se centra en la asistencia médica, y no en los determinantes de la salud o en una visión más amplia del sector, que relaciona el proceso de reforma sectorial con estrategias multisectoriales en la perspectiva de superar las desigualdades. De allí su conservadorismo. Ello se debe, por un lado, a los altos costos de la asistencia médica, que domina los sistemas de salud y absorbe gran parte de los recursos disponibles para el sector; por otro lado, esta perspectiva es reforzada en el plano ideológico. Asistimos por todas partes a la sustitución de los valores de solidaridad por los de un "individualismo utilitarista radical" (Bobbio, Mateucci & Pasquino, 1993; Bobbio, 2000, 2002), y del principio de 'necesidades de salud' por el de 'riesgo' de enfermar, monetarizado y definido según la posición social del individuo y su capacidad de pago (Almeida, 2002a, 2002b).

Estas ideas fueron difundidas mundialmente y reinterpretadas en las propuestas de reforma en diferentes países, resultando en una amplia variedad de estrategias de cambio, a pesar de la agenda bastante homogénea.

En ese sentido, en la mayoría de los países pasó a defenderse por un lado el no-compromiso con la expansión de la oferta de los servicios públicos de asistencia médica, mientras que por otro lado se desarrollaron modificaciones en la intervención estatal y en el *mix* público-privado, utilizándose la idea de la competencia administrada, difundida como un nuevo paradigma que permitiría definir modelos ideales de reforma adaptados a la realidad de cada país y capaces de superar los problemas enfrentados en los sistemas de servicios de salud.

Para la región latinoamericana se elaboró un modelo ideal basado en esa agenda y llamado 'Pluralismo estructurado' (Londoño & Frenk, 1995; Londoño, 1996). ¿En qué consiste esta propuesta? Se trata de un seguro nacional de salud con financiamiento público (contribución compulsiva para los que pueden pagar y subsidios a los sectores más pobres), al que se le suma la competencia administrada o la "versión tropical" de dicho modelo (Londoño, 1995, 1996). Se define un paquete básico de servicios obligatorios; se introducen mecanismos competitivos

en el sistema, constituyendo cuasimercados y creando nuevas agencias (tanto públicas como privadas) para el aseguramiento de la provisión de los servicios. El Estado se queda principalmente con la función rectora del sistema, centrada fundamentalmente en la coordinación y regulación, liberándose de la provisión de servicios. Colombia es el único país de la región donde el modelo fue formulado e implementado de forma completa (Londoño, 1996).

La mayoría de las críticas hacia este modelo se basan en su limitada concepción de salud, la aplicación de recetas globales sin tener en cuenta las realidades nacionales, la escasa consideración de la cuestión de la equidad, sin referencia a las desigualdades entre los grupos sociales y lo más trascendente, la inadecuada utilización de medidas de eficiencia y costo-efectividad para captar necesidades de salud y definir prioridades (Paalman et al., 1998).

En general, se puede decir que en los países del norte del mundo, en especial Europa Ocidental y Canadá, no se alteraron fundamentalmente las bases de estructuración de los respectivos sistemas de salud, ocurriendo que las ideas de competición en el sector Salud fueron muy criticadas y paulatinamente abandonadas, mientras que las de separación de funciones proliferaron, fortaleciendo cada vez más el papel del Estado como regulador. Para Europa del Este, América Latina, Asia y África, los modelos de reforma han sido mucho más radicales y de compleja operacionalización, a pesar de que se parte de condiciones iniciales mucho más precarias y se está sometido a dificultades financieras importantes, resultando, en algunos casos, en el desmontaje de los sistemas de salud anteriores, sin ninguna garantía de mejora en la atención prestada a la población o de la capacidad de implementación del Estado. Asimismo, se ha estimulado una mayor participación del sector privado en la gestión y provisión de servicios, instituyendo la libertad de elección de afiliados y la competencia entre entidades aseguradoras y prestadoras, implantando estrategias de cuasimercado en la provisión pública de servicios. También se hace sentir en forma más incisiva en estas regiones una importante difusión de ideas y el poder de *enforcement* o de inducción de los organismos internacionales.

La revisión de las reformas en la región latinoamericana demuestra que pese a que se han adoptado diferentes modalidades de reconversión o reorganización de los servicios de salud, hay elementos comunes a partir de esa agenda que intentaron de alguna manera conciliar eficiencia y equidad. Entretanto, la situación es especialmente dramática, ya sea por los efectos de la crisis económica y de los procesos de ajuste macroeconómico, o por la falta de capacidad reguladora y de implementación, agravadas por el financiamiento nulo y el deterioro de las instituciones públicas en las últimas décadas. En consecuencia, en términos generales, los modelos de reforma propuestos –y que vienen siendo implementados– no han posibilitado la superación de las enormes desigualdades existentes y han agravado la precaria capacidad resolutiva de los sistemas de salud, profundizando las inequidades. Esta situación ha revivido la discusión en torno a la equidad y de cómo operacionalizar políticas que apunten hacia sistemas de salud más equitativos.

Una Reflexión Critica Sobre Algunos Elementos de la Agenda de Reforma de los Sistemas de Servicios de Salud

Centraremos la discusión en los desafíos que están colocados para la implementación de esas reformas de las políticas de salud y para la evaluación de sus resultados, dos áreas en las que la contribución de las ciencias sociales es crucial. El campo es vasto, obviamente, siendo solamente posible señalar algunos puntos y provocar algunas indagaciones.

Política de salud como política social

Como punto de partida de esta reflexión, una cuestión importante es la discusión de la política de salud como política social en las reformas contemporáneas de los sistemas de servicios de salud, en el ámbito más amplio de la reforma del Estado y de las transformaciones globales de las últimas décadas.

Un primer punto a destacar es que las décadas posteriores a los críticos años 70 fueron explícitamente desfavorables a las inversiones en política sociales. Por otra parte, Santos (1998:35) ya alertó que la falta de precisión conceptual sobre "lo que es política social", ha permitido que se identifique como "política social" cualquier política que tenga por objeto "problemas sociales", "independientemente de los juicios valorativos sobre el orden social que subscriben". Se incluye así como política social cualquier acción asistencialista o focalizada en los 'pobres y necesitados', alegándose superar desigualdades, aun cuando esas políticas solamente procuren mitigar los graves resultados negativos de otras políticas y no ofrezcan nada en términos de justicia social.

Además, en las últimas décadas se defiende el asistencialismo como la mejor forma de superar las enormes desigualdades evidentes en la región latinoamericana, históricamente acumuladas, es verdad, pero también dramáticamente exacerbadas en las dos últimas décadas como resultado de las políticas de ajuste macroeconómicas, que cerraron 'el largo (e intenso) siglo XX'.

Por otra parte, aunque conceptualmente imprecisa, la idea de política social se vincula de manera general a la necesidad de asegurar y garantizar algún orden social. En el caso de los países del Norte, con la conocida excepción de los EUA, históricamente la política social estuvo basada en la idea de derechos de ciudadanía, incluyéndose en ellos el de acceso a servicios y beneficios de salud, y se han desarrollado sistemas de salud en el siglo pasado para consolidar ese derecho en beneficios y servicios concretos. De allí que es más difícil el desmontaje de los aparatos de política social en esos países.

Eso mismo no es válido para nuestra región, donde la política social ha tenido un desarrollo particularista, fragmentado, vinculado a la posición del individuo en el mercado de trabajo y nunca ha sido inclusiva o universal, con altos grados de exclusión y desigualdades. A

pesar de ello, en los años 80 los ajustes económicos no tomaron en consideración la política social. Vale decir, 'el capital humano' ha sido extremadamente devaluado, y como la justicia social no estaba de moda (y aún no lo está), el resultado ha sido un enorme empeoramiento de las desigualdades y de las condiciones de vida y salud, sin mencionar los problemas económicos y de desarrollo. Por lo tanto, se junta en ese proceso una historia de no-consideración del derecho a la salud como derecho de ciudadanía, y una coyuntura en la que ese derecho pasó a ser cuestionado como derecho social.

Por tanto, una primera cuestión fundamental a ser rescatada es la idea de derecho a la salud como derecho social y de la política de salud como una política social, vale decir, como "metapolítica" (Santos, 1998) o política que debe ordenar todas las otras políticas. Estamos hablando, por lo mismo, de redistribución de recursos y esa redistribución tiene que ser políticamente pactada. Es decir, estamos hablando del grado de desigualdad que una sociedad está dispuesta –o consigue– soportar. Y, en tal sentido, la intersectorialidad inherente al área de salud, de la que tanto se habla pero que no se implementa, gana otro significado. Luego, no se trata de acoplar elementos de salud en las otras políticas, sino de formularlas en el sentido que preserven las condiciones de vida y de salud de las poblaciones.

Reforma del sector Salud

La imprecisión conceptual del término 'reforma' no es nueva y las 'ideas reformadoras' han servido a distintos espectros ideológicos, adecuándose a diferentes propuestas y propósitos. Como concepto ha suscitado innumerables discusiones, ya sea sobre definiciones o sobre su operacionalización. En términos técnicos y metodológicos ha merecido mucha atención de estudiosos, consultores e investigadores, desarrollándose instrumentos de medida y de implementación de políticas de reforma pro-equidad, que nuevamente, impulsan diferentes agendas y proyectos políticos (Almeida, 2002a).

Esto se verifica en el ámbito general de las discusiones sobre desarrollo económico y social, así como en el campo de las políticas sectoriales. Entre estas últimas, el debate está siendo pautado por la discusión de nuevos modelos de reorganización de sistemas de protección social y por la redefinición de paquetes de beneficios y servicios, revitalizando falsos dilemas y viejos enfrentamientos, como público *versus* privado, Estado *versus* mercado. Por otro lado, es permeable también a la búsqueda de evidencias empíricas y a la constatación de las contraposiciones que esos procesos de reforma sectorial han enfrentado, principalmente entre eficiencia, equidad y calidad. Y aunque la implementación de cambios y la propia discusión de políticas de reforma tiene innumerables especificidades y son únicas en cada país, ya sea en el Norte o el Sur, agendas y argumentos han sido difundidos y adaptados a distintas realidades, traducidos en propuestas dirigidas a la superación de desigualdades.

En 1995, la OMS definía "reforma del sector Salud" como un proceso sustentado de cambios fundamentales en la política de salud y en los arreglos institucionales, coordinado por

el Estado, con la finalidad de mejorar el funcionamiento y el desempeño del sector, dirigidos a alcanzar mejores niveles de salud de la población (WHO, 1995). La reforma en salud estaría referida entonces, a la definición de prioridades, refinamiento de la política de salud y a la reforma de las instituciones que implementan esas políticas (Janovsky & Cassels, 1995). En 1997, Knowles & Leighton, reconociendo la ausencia de definiciones precisas y de las múltiples y diferentes connotaciones, definían 'reforma en salud' haciendo énfasis en la lista de objetivos y en la extensión de la reforma como más importante que una definición precisa, reiterando las premisas antes mencionadas (Knowles & Leighton, 1997).

Otros autores definen la reforma sectorial como mudanzas específicas para mejorar la eficiencia, la equidad y la eficacia de los sistemas de servicios (Berman, 1995), ignorando las inherentes contraposiciones implicadas en esas relaciones. Se formulan también tipologías de reforma: unas tomando en consideración la amplitud de la mudanza y la forma de implementación (Ham, 1997) –reforma *big-bang*, incremental, "de abajo para arriba" e incipiente– y otras que se apoyan en la definición de las "dimensiones estratégicas" o "macrofunciones" de los sistemas de salud, que deben ser objeto de reforma (Berman & Bossert, 2000), financiamiento, prestación de servicios, incentivos, regulación e información.

Ninguna de estas reflexiones avanza en términos conceptuales, partiendo de la premisa básica de que las reformas sectoriales son 'consecuencias naturales' de 'gran transformación' en la cual el mundo está envuelto hace más de dos décadas. Hay una tendencia a considerar esas reformas como procesos meramente técnicos y que se resuelven en ese ámbito, con el soporte de evidencias empíricas científicamente comprobadas, creyéndose en una supuesta neutralidad de la ciencia. Que los datos y hechos sean objetivos es obvio, pero la interpretación de los hechos y de los datos está lejos de ser neutra, por un motivo muy sencillo: los hombres que interpretan y que usan los datos y los hechos tienen sus creencias y sus propios objetivos, es decir, son muy subjetivos y nada neutrales.

Como regla, no se especifica de qué reformas estamos hablando (¡seguramente no son las de mediados del siglo pasado, cuando la cuestión de la justicia social y de los derechos humanos estaba en alza, y se trabajó duro para organizar los sistemas de salud tal como los conocemos hasta los años 90!). Y es en esta nueva coyuntura que son elaboradas y difundidas, cuando no impuestas, las agendas de reforma a ser aplicadas globalmente, sin tomar en consideración los contextos nacionales específicos donde estos cambios estructurales deben concretizarse.

Tal como mencionado, las reformas contemporáneas del sector Salud han sido muy variadas, pero se inscriben en el mismo marco restrictivo a las políticas sociales. Tienen como justificativa principal el alcance de mejores niveles de equidad en los sistemas de salud (o superación de las desigualdades), además de mayor eficiencia. Y un núcleo común, centrado básicamente en la redefinición del papel del Estado en el sector Salud, sobre todo en relación con su función como proveedor o regulador del sistema de prestación de servicios.

Estas temáticas están interconectadas en los nuevos modelos de organización de sistemas de salud, pregonados como más eficientes y efectivos en la garantía del derecho de acceso a los servicios de forma más equitativa.

Equidad en salud

En lo tocante a la cuestión de la equidad, el debate es amplio y genera controversia. Existen distintas dimensiones de la equidad en salud (equidad en las condiciones de salud y equidad en los servicios de salud), y muy frecuentemente se observa que la inclusión del principio de la equidad en la formulación de las políticas de salud no es acompañada automáticamente por la implementación de políticas que resulten en mejores niveles, tanto de la equidad en las condiciones de vida y salud, como en la prestación de servicios de salud.

En la literatura, la equidad –de manera general– se refiere "a diferencias que son innecesarias y evitables, además de consideradas socialmente injustas" (Whitehead, 1992:431) y, por tanto, pasibles de ser resueltas con intervenciones a través de las políticas de distintos sectores, inclusive el de salud. Para que una determinada situación sea identificada como injusta, sus causas deberán ser examinadas y juzgadas en el contexto más amplio de la sociedad (Mooney & Jan, 1997), lo que remite necesariamente a los valores y principios morales, éticos y político-ideológicos que orientan la política sectorial en un determinado país, en un determinado momento histórico.

Siendo así, en función del conjunto de valores predominantes, el término equidad gana diferentes connotaciones a lo largo del tiempo y en distintas sociedades, siendo varios sus significados y es raro el consenso en torno a una definición (Almeida et al., 1999). Por otro lado, también existen diversas maneras de medir la justicia social y cada una de ellas produce diferentes resultados. Por consiguiente, la definición de equidad elegida para ser operacionalizada y las formas de medirla reflejan los valores y opciones de determinada sociedad en momentos específicos.

Se habla mucho de equidad, pero es raro que se explicite de qué equidad se está hablando. Y la imprecisión conceptual y estratégica presente en ambas temáticas –reforma sectorial e equidad– no son triviales y revelan los objetivos estratégicos de diferentes definiciones (Almeida, 2002b).

De este modo, desde los años 80 se defiende la necesidad de operacionalizar adecuadamente el principio de equidad (Cohen & Franco, 1993), cuyos límites políticos son claramente colocados por la escasez de recursos y la decisión selectiva sobre su aplicación. En lo que concierne a los servicios de salud, se recomienda el establecimiento de prioridades, y una política compensatoria y focalizada en los más necesitados, basada en indicadores de costo-efectividad y de carga de enfermedad. El principio de la equidad es utilizado bajo una perspectiva restrictiva, o sea, de intervención pública reducida al nivel básico y priorización de los grupos poblacionales más necesitados (Almeida, 1999, 2000a, 2000b, 2001, 2002b; Almeida et al., 2001).

Que hay que priorizar, no hay dudas, y los sistemas de salud siempre lo hicieron. De hecho, una política equitativa presupone una distribución no igualitaria sino desigual de recursos, que garantice igualdad de oportunidad de acceso a bienes y servicios, a toda la población. Siendo así, la pregunta que debe ser hecha es: ¿Son, de hecho, más equitativas en sus resultados las políticas focalizadas en los más pobres, tal como vienen siendo implementadas, los paquetes básicos esenciales, los 'seguros públicos' para grupos específicos, la priorización de la atención básica pública (y el resto distribuido en el mercado privado)?

Y la segunda pregunta, resultante de aquella, es: ¿Cómo se evalúa si una política de salud es más equitativa que otra, qué resultados de una política evidencian el alcance de una mayor equidad?

El primer punto a resaltar es que no es fácil operacionalizar el principio de equidad y cualquiera opción de superar desigualdades siempre será relativa, considerando que vivimos en sociedades segmentadas por definición. Entretanto, hay motivos para creer que podemos mejorar muchísimo la situación dramática en que se encuentran nuestras poblaciones en el área de salud.

Sin duda, los indicadores demográficos, los macroindicadores de salud y los niveles de renta son importantes en estos análisis. Pero el avance de las metodologías en las ciencias sociales, con los análisis de multiniveles y multivariadas, y con la articulación metodológica cuali-cuantitativas, no está –a mi juicio– adecuadamente aprovechado por el área de salud para pensar nuestras políticas. Vivimos en una época de un 'cuantitativismo' exacerbado, basado en un economicismo estrecho que es insuficiente para definir opciones de políticas. Estos desarrollos metodológicos pueden apoyar el mejor desarrollo de los indicadores de equidad y subsidiar la decisión informada de los ejecutores de las políticas. El ejemplo del Informe Mundial de la Salud 2000 (OMS, 2000) es esclarecedor: aunque haya tenido el mérito de colocar la *performance* de los sistemas de servicios de salud en el centro del debate político y académico, y se haya dedicado a proponer una nueva metodología de evaluación del desempeño de los sistemas, al observar la bibliografía utilizada como referencia para esos nuevos desarrollos metodológicos prácticamente no se menciona la vasta producción existente en la literatura científica de las ciencias sociales sobre ese tipo de evaluación, centrándose esencialmente en la producción de los propios autores del informe sobre el tema. Como resultado, los problemas metodológicos que presenta son enormes y la cuestión de la equidad es tratada de forma bastante equivocada (Almeida et al., 2001; Braveman, Starfield, & Geiger, 2001; Jamison & Sandbu, 2001; Navarro, 2000).

Algunos consensos ya están en la literatura y son evidentes en varios países. O sea, los pobres se enferman más y utilizan menos los servicios de salud; cuando llegan a los servicios, su estado de salud ya está deteriorado y muchas veces tienen que ser hospitalizados; las desigualdades en las condiciones de salud son en general más graves que aquellas en el uso de servicios, etc. El ejemplo de Colombia es claro: el aumento de cobertura de aseguramiento para poco más del 50% de la población con la reforma de la seguridad en salud es sin duda un

resultado positivo, pero nada informa sobre la equidad. El análisis de la utilización de los servicios por distintos grupos de renta indica que los grupos de menor renta, aunque estén afiliados al sistema, no usan los servicios de salud. Todavía hace falta analizar y discutir el porqué de esa situación (Céspedes-Londoño, Jaramillo-Pérez & Castaño-Yepes, 2002; Jaramillo, 2002).

Por tanto, es necesario ajustar los indicadores y metodologías de evaluación en el sentido de captar mejor las necesidades de salud de nuestras poblaciones, y desde esta perspectiva proponer las prioridades de atención. Sabemos que esto no es tarea fácil y la pregunta que permanece es: ¿Cómo identificar las necesidades de salud de una población?

Existen necesidades percibidas o sentidas por la población y existen necesidades que NO son percibidas por las personas pero que son igualmente importantes. Esto si pensamos también en términos de promoción y prevención, es decir, si pensamos los sistemas de salud en una perspectiva más amplia que el ámbito de la asistencia médica.

Y otra pregunta se impone: ¿están los indicadores de carga de enfermedad, Dalys (*Disability Adjusted Life Years*), Dales (*Disability Adjusted Life Expectancy*), o los índices compuestos lo suficientemente ajustados como para captar las necesidades de salud de una población?

Aunque no sea fácil identificar necesidades, es posible trabajar con *proxies* de necesidades y desarrollar metodologías que posibiliten aproximaciones sucesivas a las necesidades especificas de grupos particulares y, entonces, definir las mejores políticas a ser implementadas con recursos escasos, en una determinada sociedad, en una perspectiva de superar desigualdades.

Reforma del Estado y redefinición de su papel en las reformas de los sistemas de salud

La reforma del Estado y la redefinición de su papel implica la discusión de temáticas interrelacionadas que están directamente vinculadas con la organización y funcionamiento de sistemas de servicios de salud. Entre ellas se destacan:

- La cuestión de la descentralización del Estado y del sistema de salud, ya sea para niveles subnacionales o para otras instituciones y organizaciones de la sociedad, públicas o privadas. Estamos hablando, por tanto, de relaciones entre niveles de gobierno y de privatización.
- La separación de funciones de financiamiento y provisión de servicios, e introducción de mecanismos de competencia, que remite a la cuestión del establecimiento de contratos entre financiadores y prestadores de servicios; y al tema de la regulación.

Destacaremos sumariamente algunas temáticas cruciales de esta discusión que ameritan una mayor reflexión.

Descentralización *versus* Centralización

'Descentralización' tiene distintas connotaciones en la literatura, ya sea desde el punto de vista técnico y tipológico (concepción anglosajona o concepción francesa) (Oslack et al., 1987; Mills, 1990), o como percepción de su papel. De un lado del espectro de opiniones, significa liberar el Estado de una carga excesiva de funciones u obligaciones que lo distancian de sus funciones esenciales, lo que puede significar descentralizar hacia los niveles subnacionales, hacia otras instituciones u organizaciones, o hacia el sector privado (privatización). Del otro lado están los que consideran la descentralización como una forma de aproximar el poder de decisión a la población que es objeto de las políticas, conduciendo a un mayor compromiso y responsabilidad de los dirigentes y a una mayor posibilidad de participación y control social.

Sea cual fuere la motivación original, el hecho es que la descentralización de las políticas sectoriales es una tendencia global desde hace algunas décadas e involucra problemas de gran complejidad, como la cuestión de la partición de poder financiero y de decisión y, consecuentemente, la relación entre niveles de gobierno. Esencialmente en repúblicas federativas que recién salieron de largos períodos de centralización autoritaria, como en muchos países de Latinoamérica, esa tarea presupone la elaboración de nuevos pactos federativos (cooperativos) a partir de reforma tributaria, definición de funciones complementarias y definición de criterios de repartición distributiva de recursos (fórmulas de asignación de recursos, que tomen en consideración indicadores variados), además de la construcción de capacidad *enforcement* en el nivel central y de implementación en los niveles subnacionales.

Por tanto, el federalismo es un sistema basado en la distribución territorial de poder y autoridad entre instancias de gobierno, constitucionalmente definida y asegurada, de tal forma que gobiernos nacionales y subnacionales sean independientes en su esfera propia de acción.

Por otra parte, por definición, no hay una oposición entre centralización y descentralización, como a veces se piensa. Descentralización implica un compromiso peculiar entre difusión y concentración del poder político basado en algún modelo compartido de nación y de grados socialmente pactados de integración política y de equidad social. Esas formas de relación intergubernamentales son constitutivamente competitivas y cooperativas, y las modalidades de interacción entre niveles están necesariamente basadas en la negociación (Almeida, 1996a, 1996b).

En otras palabras, centralización y descentralización son fenómenos concomitantes y no mutuamente exclusivos, estableciéndose dinámicas dialécticas entre ellos, no implicando la reducción de la importancia de la instancia nacional, pero sí resultando en nuevos papeles normativos y reguladores. La construcción negociada y la partición de competencias exigen coordinación e inducción, no obstante presuponen también liderazgo, evaluación de resultados y correcciones de ruta cuando sea necesario. La 'especialización de las instancias de gobierno' debe estar centrada en una redefinición de papeles donde la tarea inductora y coordinadora del nivel federal apuntale la superación de las desigualdades, deficiencias y carencias loca-

les, apoyando y promoviendo la capacitación de los niveles locales y provinciales para la necesaria complementariedad y alcance de mejores resultados, y no meramente para fiscalizar el cumplimiento de requisitos burocráticos.

En síntesis, es un proceso donde el nivel nacional tiene un papel crucial de rectoría y coordinación, donde la cuestión central es la disputa por el poder y la política redistributiva. En ese sentido, el papel inductor del nivel federal es fundamental, pero también lo es la capacidad de negociación y de *enforcement*. El límite entre inducción dirigida con finalidades equitativas e inducción autoritaria es poco claro. En general, lo que se verifica es una inducción autoritaria en la que el nivel federal lucha por conservar recursos financieros y de poder que le posibiliten mantener la dominación política y económica, e impone condiciones burocráticas de cumplimiento de programas federales.

El ejemplo de Brasil es paradigmático, considerando que la reforma sanitaria ha utilizado el proceso de descentralización como eje fundamental de construcción del Sistema Único de Salud-SUS, que ha reestructurado la arena decisoria y ampliado la participación de actores variados, organizados en forums técnico-burocráticos (Comisiones Intergestores) y participativos (Consejos de Salud). Los nuevos arreglos institucionales implementados con este proceso han utilizado mecanismos de inducción explícitos e impuesto condiciones para la adhesión de los niveles subnacionales al proceso de descentralización. Sin duda, esos elementos configuran una dinámica innovadora que ha alterado la correlación de fuerzas en la arena de decisión y ha permitido la negociación de políticas que, si por un lado pueden legitimar designios restrictivos, por el otro pueden apuntalar una reversión del modelo asistencial, con mayor protagonismo de los actores provinciales y locales en la estructuración de los respectivos sistemas de salud y, posiblemente, el alcance de mayores niveles de equidad.

Entretanto, aunque las *condiciones* sean necesarias, hasta ahora no han estado asociadas a la evaluación del alcance de resultados, sino al cumplimiento de requisitos formales y de compromisos con la ejecución de programas federales, que no pocas veces inducen a la utilización de artificios por los niveles subnacionales para adecuar la aplicación de los recursos normados de acuerdo a las necesidades locales (Barros, 2001). La inobservancia de esa premisa ha inducido a una mayor fragmentación del sistema.

En relación a la equidad, la decisión de asignar recursos *per capita* para la atención básica y priorizar ese nivel de atención en el ámbito local, además de incentivar programas específicos (como el Programa de Salud de la Familia y de Agentes Comunitarios de Salud), puede ser más equitativa que las formas anteriores. Sin embargo, no supera las grandes desigualdades regionales y existe el riesgo de que ese nivel de atención no se articule de forma efectiva con los otros niveles.

Estos son los grandes desafíos de construcción del SUS en Brasil que vienen siendo enfrentados bajo una visión optimista, aunque hay mucho que avanzar en forma creativa e innovadora.

Separación de funciones, mecanismos de competencia y regulación

La discusión anterior remite a otra, la de la regulación: las reformas actuales reconocen la necesidad de fortalecer el papel regulador del Estado. El tema ha concitado cada vez más atención especialmente debido a factores ligados a las relaciones entre los servicios públicos y privados, a la contención de costos, a las fuentes de financiamiento y al control de los mercados y de los prestadores profesionales *frente-a-frente* una demanda infinita y recursos finitos (McLachlan & Maynard, 1982; Ghetti, 1987; Katz & Miranda, 1994). La connotación de estos abordajes es eminentemente económico-financiera, toda vez que la idea central es la retirada del Estado de la provisión directa de servicios.

En realidad, el concepto de regulación tiene varias connotaciones, dependiendo de la escuela teórica de pensamiento, pero un concepto más amplio la considera no sólo como un instrumento normativo sino también como un conjunto de mecanismos facilitadores de la gobernabilidad sectorial (Lange & Regini, 1988). Esto implica que el control y moderación pueden ser ejercidos por agencias públicas o privadas, mientras la cuestión central es ver cómo tales regulaciones afectan la conducta de instituciones, profesionales e individuos. En estos planteamientos es crucial la idea de reglas destinadas a influenciar comportamientos, lo que presupone que en la ausencia de tales reglas se instalará el conflicto entre actores colectivos, públicos y privados. De esa idea también se desprende que, en democracia, para alcanzar el consenso entre intereses divergentes en torno a políticas públicas de gran impacto, el Estado debe tener la capacidad de administrar conflictos, propiciar consenso y mantener la gobernabilidad del sistema de salud, o sea, debe dotarse de la capacidad reguladora necesaria para proteger el interés general sin menospreciar la participación de los actores colectivos en la toma de decisiones.

Más allá del debate académico, lo que los estudios muestran es que, en un determinado país, cada sector económico y social tiene peculiaridades reguladoras propias y cambiantes en el tiempo.

Esas consideraciones sobre la regulación remiten a la vieja indagación política y sociológica sobre 'cómo es posible el orden social'. Las explicaciones sobre las bases institucionales del orden han utilizado, en forma alternativa o combinada, los modelos de 'comunidad', 'mercado' (económico y político) y 'Estado/burocracia', además del de 'asociación'. Los principios-guía de esos tipos-ideales son, respectivamente, la 'solidaridad', la 'competencia', el 'control jerárquico' y la 'concertación', siendo que esta acción es típica de las asociaciones de interés en las relaciones con las estructuras de decisión de las políticas públicas. Normalmente, las sociedades modernas utilizan todos estos modelos de forma combinada, ocurriendo que, dependiendo de la sociedad, un modelo predomina sobre el otro (Lange & Regini, 1988). Por tanto, es un falso dilema oponer esas diferentes formas de regulación.

Plantear la cuestión de la regulación en esa perspectiva más amplia, implica cambios en las políticas destinadas a coordinar las actividades y administrar el conflicto –real o potencial–

subyacente a la asignación de recursos, siempre escasos en el ámbito de la producción y de la distribución.

Entretanto, tanto la forma como la eficacia de la regulación también dependen de otros factores, tales como los cambios en la estructura de poder, en los procesos de decisión y en las preferencias de los actores, y la probabilidad de que la regulación de un área particular sea producto de intereses estratégicos definidos por otros actores externos al área.

Esta última situación es notoria en el sector Salud, en la medida que las políticas de reforma vienen siendo subordinadas a los dictámenes y prioridades de las áreas económicas de los gobiernos.

Por lo tanto, el rescate de la política es esencial en los procesos de reforma, considerando que la tendencia es descalificar la política, y difundir la creencia de que es posible hacer cambios importantes en la estructuración de los sistemas de salud sin tomar en consideración los distintos proyectos en lucha y la resistencia de los actores contrarios al cambio. Por otra parte, sin negociar y establecer acuerdos, la propuesta de cambio esta destinada al fracaso. Resta saber cuáles son los acuerdos que van a dar sustento político a la reforma y a quiénes favorecen: si a los principios de equidad (o sea, a la población) o a intereses particulares.

Finalmente, con relación a la organización de redes de servicios y de niveles de complejidad, quisiera llamar la atención hacia otro falso problema que ha sido colocado por las reformas actuales: la oposición entre sistemas de salud orientados hacia la oferta o la demanda.

En primer lugar, estas dos dimensiones no son disociables: la oferta crea la demanda, pero también la demanda orienta a la oferta. Y si estamos hablando de redistribución de recursos (de prevención, promoción de la salud y no sólo de asistencia médica), la cuestión de las diferentes capacidades instaladas en distintas localidades (oferta) tiene que ser tratada con referencia a las distintas necesidades de la población (percibidas y no percibidas), y no sólo en relación con la demanda (existente/atendida o reprimida).

El equívoco es hacer creer que el ‘consumidor’ es soberano y que un sistema ‘orientado a satisfacer las demandas del consumidor’ es un sistema más eficiente y equitativo, y mostrar que la introducción de mecanismos de competencia (la ‘competencia regulada’) disciplina al mercado de servicios, mejorando la calidad de la atención y eliminando lo superfluo, lo innecesario. En verdad, en esos modelos el ‘consumidor’ NO es el paciente o el ciudadano, sino los compradores de servicios, los que por regla no se mueven por ideales de calidad o de atención de necesidades de salud sino por criterios de costo y ganancia, sobre todo los prestadores privados.

Sobre los contratos como instrumento preferencial de la separación de funciones de provisión y financiamiento, tienen altos costos de transacción y aún no están regulados por indicadores de desempeño de los servicios, los que pueden ser de distintos órdenes, dependiendo de

los objetivos cuyo desempeño se desea evaluar. Formular indicadores de *performance* que permitan monitorear el cumplimiento de determinados resultados aún es un desafío. La experiencia de la reforma inglesa señala que los criterios basados en necesidades de la población fueron desatendidos en la elaboración de los contratos, ya sea por las dificultades en elaborarlos o porque el tiempo empleado en su elaboración consumía lo que debería haber sido utilizado en la evaluación de necesidades (Ham, 1996).

Para Concluir

En síntesis, si estamos de acuerdo en que el principio rector de la estructuración de los sistemas de servicios de salud es la equidad, los indicadores de evaluación de desempeño deben estar rigurosamente volcados hacia este principio. Es decir, la evaluación de resultados de los sistemas de salud debe tener en cuenta, ya sea el proceso de atención o el impacto de ese proceso en la salud de las poblaciones. Sabemos que evaluar impacto y resultados no es fácil, pero el desafío debe ser enfrentado y hay indicadores de proceso que pueden ser utilizados como *proxy* de resultados.

Últimamente, en las arenas nacional e internacional, se identificaron nuevas coaliciones que apuntan hacia un fuerte cuestionamiento de tal agenda y hacia el rescate de los principios de equidad y solidaridad como fundamento de los sistemas de salud. Se hicieron fuertes inversiones que están en curso con el propósito de analizar críticamente los procesos de reforma, procurando las evidencias empíricas que comprueben o refuten las premisas de las que parten. Al mismo tiempo, se pretende buscar caminos alternativos que sean más promisorios para la superación de las desigualdades sectoriales, que tengan a la promoción de la salud como eje direccionador de los sistemas y apunten hacia la superación del empeoramiento de las condiciones de vida y salud de las poblaciones.

Por tanto, se hace necesario llevar a cabo evaluaciones precisas a fin de mejorar las políticas orientadas a la equidad en salud. Por otro lado, los avances poco exitosos en la puesta en marcha de innovaciones en los sistemas de salud también requieren ser compartidos y analizados críticamente, posibilitando el intercambio y el aprendizaje entre todos los actores involucrados en esos procesos transformadores. En todo caso, la singularidad de las experiencias nacionales constituye una fuente muy valiosa para la reflexión y el debate.

Las dificultades para la evaluación de la eficacia y efectividad de la política social son grandes y no se trata de descalificar o minimizar *a priori* los esfuerzos que están siendo realizados en ese sentido. La contrastación debe ser permanentemente reinventada y es importante mantener viva la creatividad. Sin embargo, es crucial revitalizar nuestra capacidad de análisis crítico.

Referencias Bibliográficas

ALMEIDA, C. M. Os modelos de reforma sanitária dos anos 80: uma análise crítica. *Saúde e Sociedade Revista da Faculdade de Saúde Pública da USP*, 5(2):3-57, 1996a.

ALMEIDA, C. M. Novos modelos de reforma sanitária: bases conceituais e experiências de mudança. In: COSTA, N. R. & RIBEIRO, J. M. (Orgs.) *Política de Saúde e Inovação Institucional*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996b.

ALMEIDA, C. M. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2):263-286, 1999.

ALMEIDA, C. M. Saúde nas reformas contemporâneas. In: COSTA, A. M.; MERCHÁN-HAMANN, E. & TAJER, D. (Orgs.) *Saúde, Eqüidade e Gênero*. Brasília: Editora UnB, Alames, Abrasco, 2000a.

ALMEIDA, C. M. Saúde e eqüidade nas reformas contemporâneas. *Saúde em Debate - Revista do Cebes*, 24(54):6-21, 2000b.

ALMEIDA, C. M. Reforma del Estado y reforma de sistemas de salud. *Cuadernos Médico Sociales*, 79(1):27-58, 2001.

ALMEIDA, C. M. Eqüidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. *Cadernos de Saúde Pública*,18(supl.):23-36, 2002a.

ALMEIDA, C. M. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90 (Health services reform and equity in Latin America and the Caribbean). *Cadernos de Saúde Pública*, 18(4):905-925, 2002b.

ALMEIDA, C. M. et al. A Reforma Sanitária Brasileira: em busca da eqüidade. *Research in Public Health, Technical Report*. Washington, D.C.: OPS, 1999.

ALMEIDA, C. M. et al. Methodological concerns and recommendations on policy consequences of the World Health Report 2000. *The Lancet*, 357:1.692-1.697, 2001.

ALTIMIR, O. Desigualdad, empleo y pobreza en América Latina: efectos del ajuste y del cambio en el estilo de desarrollo. In: TOKMAN, V. & O'DONNELL, G. (Org.) *Pobreza y Desigualdad en América Latina.* Buenos Aires, Barcelona, México, D.F.: Paidós, 1998.

BARROS, E. Implementação do SUS: recentralizar será o caminho? *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2):307-310, 2001.

BERMAN, P. Health sector reform: making health development sustainable. In: BERMAN, P. (Ed.) *Health Sector Reform in Developing Countries: Making Health Development Sustainable*. Boston: Harvard University Press, 1995.

BERMAN, P. & BOSSERT, T. J. *A Decade of Health Sector Reform in Developing Countries: what have we learned?* Boston: Data for Decision Making Project, International Health Systems Group, Harvard School of Public Health, 2000. (Mimeo.)

BOBBIO, N. *Teoria Geral da Política: a filosofia política e as lições dos clássicos*. 2.ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

BOBBIO, N. *Igualdade e Liberdade.* 5.ed. Rio de Janeiro: Ediouro, 2002.

BOBBIO, N.; MATEUCCI, N. & PASQUINO, G. *Dicionário de Política.* 5.ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1993. Vol. 2.

BRAVEMAN, P.; STARFIELD, B. & GEIGER, H. J. World Health Report 2000: how it removes equity from the agenda for public health monitoring and policy. *British Medical Journal*, 323:678-680, 2001.

BUSTELO, E. Hood Robin: ajuste e eqüidade na América Latina. *Planejamento e Políticas Públicas*, 11:4-48, 1994.

CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). *Equidad, Desarrollo y Ciudadanía*. Santiago de Chile: Naciones Unidas, Cepal, 2000.

CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). *Panorama Social de América Latina y el Caribe, 2000-2001.* Santiago de Chile: Naciones Unidas, Cepal, 2001.

CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). *Panorama Social de América Latina, 2002-2003*. Santiago de Chile: Cepal, 2003.

CÉSPEDES-LONDOÑO, J. E.; JARAMILLO-PÉREZ, I. & CASTAÑO-YEPES, R. A. Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(4):1.003-1.024, 2002.

COHEN, E. & FRANCO, R. Avaliação de projetos sociais. Petrópolis: Vozes, 1993.

COMINETTI, R. Ajuste social y gasto fiscal. *Revista de la Cepal*, 54:47-60, 1994.

FILGUEIRA, C. & LOMBARDI, M. Social policy in Latin America. In: MORALES-GOMEZ, D. & TORRES, M. (Org.) *Social Policy in a Global Society.* Ottawa: International Development Research Center, 1995.

GHETTI, V. (Org.) *Deregulation* versus *Regulation nei Sistemi Sanitari in Cambiamento*. Milano: Franco Angeli Libri, 1987.

HAM, C. Population-centered and patient-focused purchasing: the U.K. experience. *The Milbank Quarterly*, 74(2):191-214, 1996.

JAMISON, D. & SANDBU, M. WHO ranking of Health System peformance. *Science*, V(293):1.595-1.596, 2001.

JANOVSKY, K. & CASSELS, A. Health policy and systems research: Issues, methods, priorities. In: JANOVSKY, K. (Ed.) *Health Policy and Systems Development: an agenda for research*. Geneva: World Health Organization, 1995.

JARAMILLO, I. Evaluación de la descentralización de la salud y la reforma de la Seguridad Social en Colombia. *Gaceta Sanitaria*, 16(1):48-53, 2002.

KATZ, J. & MIRANDA, E. Morfología, comportamiento y regulación de los mercados de salud. *Revista de la Cepal*, 54: 7-25, dic.1994.

KLIKSBERG, B. *Desigualdades na América Latina: o debate adiado*. São Paulo, Brasília: Cortez, Organização das Nações Unidas para a Educação a Ciência e a Cultura, 2000.

KNOWLES, J. C. & LEIGHTON, C. *Measuring Results of Health Sector Reform for System Performance: a handbook of indicators*. Bethesta: ABT Associates Inc., Harvard School of Public Health, 1997. (Special initiative report, 1)

LANGE, P. & REGINI, M. *Stato e Regolazione Sociale*. Bologna: II Mulino, 1988.

LONDOÑO, J. L. Opciones para reformar la organización de los servicios de salud. Washington, D.C.: Banco Mundial, Departamento Técnico para a América Latina e Caribe0, 1995.

LONDOÑO, J. L.: Estructurando Pluralismo En Los Servicios De Salud. La Experiencia Colombiana. *Revista de Análisis Econômico*, 11(2):37-60, 1996.

LONDOÑO, J. L. & FRENK, J. *Structured Pluralism: towards a New Model for Health System Reform in Latin America*. Washington, D.C.: World Bank, Technical Department for Latin America and the Caribbean, 1995.

MELO, M. A. & COSTA, N. R. Desenvolvimento sustentável, ajuste estrutural e política social: as estratégias da OMS/OPS e do Banco Mundial para a atenção à saúde. *Planejamento e Políticas Públicas*, 11:50-108, 1994.

MCLACHLAN, G. & MAYNARD, A. (Eds.) *The Public/Private Mix for Health, the Relevance and Effects of Change*. London: The Nuffield Provincial Hospital Trust, 1982.

MILLS, A. Decentralization concepts and issues: a review. In: MILLS, A. et al. (Eds.) *Health System Decentralization: concepts, issues and coubtry experiences*. Geneva: WHO, 1990.

MOLINA, R. et al. Gasto y financiamiento en salud: situación y tendencias. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8:71-83, 2000.

MOONEY, G. & JAN, S. Vertical equity: weighting outcomes? Or establishing procedures? *Health Policy*, 39:79-87, 1997.

NAVARRO, V. Assessment of the World Health Report 2000. *The Lancet*, 356:1.598-1.601, 2000.

OSLACK, O. et al. Descentralización de servicios de salud: el Estado y los servicios de salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 1987. (Mimeo.) (Desarrollo de servicios de salud, 17)

OPS (Organización Panamericana de la Salud)/CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). *Salud, Equidad y Transformación Productiva en América Latina.* Washigton, D. C.: OPS, 1994. (Documentos reproducidos, 41)

OPS (Organización Panamericana de la Salud). *Disparidades de Salud en América Latina y el Caribe.* Washington, D. C.: División de Salud y Desarrollo Humano, OPS, 1999.

OPS (Organización Panamericana de la Salud): *Base de Datos.* Washington, D. C.: Programa de Salud y Desarrollo Humano, División de Salud y Desarrollo Humano, OPS, 2000. (Mimeo.)

OPS (Organización Panamericana de la Salud). División de Salud y Desarrollo Humano, Programa de Salud y Desarrollo Humano, Base de dados de la DHH-PDH/OPS, 2001. (Mimeo.)

PAALMAN, M. et al. A critical review of priority setting in the health sector: the 1993 World Development Report. *Health Policy and Planning*, 13:13-31, 1998.

SANTOS, W. G. A Trágica condição da política social. In: ABRANCHES, S. H.; SANTOS W. G. DOS & COIMBRA, M. A. (Eds.) *Política Social e Combate à Pobreza*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

SZÉKELY, M. The 1990's in Latin America: another decad of persistent inequality, but with somewhat lower poverty. Washington, D.C.: Inter-American Development Bank, 2001. (Working paper, 454)

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity in health. *International Journal of Health Services*, 22(3):429-445, 1992.

WHO (World Health Organization). *Achieving Evidence-Based Health Sector Reforms in Sub-Sharan Africa*. Arusha: WHO, 1995. (Brackground paper for an inter-country meeting)

WORLD BANK. *World Development Report: investing in health.* Washington, D.C.: World Bank, 1993.

WORLD BANK. *World Development Report: making services work for poor people*, 2004.

16. LA COOPERACIÓN TÉCNICA INTERNACIONAL Y LOS PROCESOS DE REFORMA DEL SECTOR SALUD EN AMÉRICA LATINA

Jorge Díaz Polanco
Mario Bronfman

Los parámetros que guiaron la Cooperación Técnica Internacional (CTI) durante casi 40 años ya no cumplen el mismo papel. Los procesos de descolonización que caracterizaron la segunda mitad del siglo XX y el consecuente cambio en las relaciones internacionales, así como factores que se derivan de la dinámica propia de la CTI, han venido desdibujando ese rol. El verticalismo, la burocratización, la elevada especialización, la escasa participación, la ausencia de mecanismos de rendición de cuentas y evaluación, son algunos de los factores que hoy se considera disminuyeron el impacto de la cooperación internacional. Esto es aún más comprensible si a ello se une la fragilidad institucional de algunos países receptores de esa Cooperación (Bronfman & Díaz Polanco, 2003).

Sin embargo, la crítica al paradigma tradicional de la CTI no se ha traducido en el advenimiento de un modelo que concentre el consenso de todos los que participan en este campo. Los años 90 fueron de experimentación. Se ensayaron nuevas formas de organización de la cooperación, las prioridades fueron reformuladas, nuevos actores emergieron como protagonistas, y todo esto ocurrió, además, en un clima internacional que situaba el tema de la pobreza en un lugar prominente de la agenda internacional (World Bank, 2001; WHO, 1999).

Este trabajo intenta identificar asuntos específicamente relacionados con los procesos de reforma sectorial en salud, para los cuales deberían haber sido definidas nuevas orientaciones y estrategias en el marco de una suerte de 'competencia' entre agencias internacionales para las cuales este tema es altamente sensible, destacando el papel de la investigación.

El tratamiento de este tema debe partir de una aclaratoria inicial relacionada con la pertinencia de tal cooperación en el terreno de la salud. Ello, porque de una u otra manera, las agencias específicamente destinadas a enfrentar los retos de las transformaciones de la salud en los países de América Latina han sido progresivamente desplazadas de tal papel, en virtud del proceso de globalización. Más que un tema de salud, el de la reforma sectorial se convirtió en un tema económico. Las discusiones sobre reforma se desarrolla-

ron en los ministerios de finanzas o bajo la sombra y la tutela de dichos ministerios, los cuales han venido teniendo la última palabra acerca de las decisiones que afectan la estructura y funcionamiento del sector Salud.

Dentro de los factores que explican por qué esta transformación ha ocurrido, se pueden señalar, entre otros, los siguientes:

- Los cambios experimentados en la estructura del Estado, que ha pasado a responder a las exigencias de economías de mercado globalizado, dentro de los límites establecidos por las reglas del juego internacional. Ello, a su vez, ha generado la multiplicación de nuevos actores, cuya característica fundamental es un doble deslinde; por una parte, de los Estados nacionales y, por la otra, de las sociedades desde las cuales emergen, de manera que los procesos decisorios así estructurados han limitado la presencia de la sociedad, convirtiendo la reforma de los sistemas de salud en un tema especializado.
- La percepción, derivada probablemente del primer elemento, de que la salud puede ser entendida como cualquier otro bien transable.
- La rigidez de las formas de CTI, que han experimentado pocos cambios en los últimos tiempos y que no han logrado responder con eficacia a la demanda de los servicios, caracterizada por la complejidad de los perfiles epidemiológicos y demográficos que incorporan, al lado de los males actuales, viejas enfermedades y problemas anteriormente superados.

En este marco general sucintamente expuesto, se ha dado un proceso de sustitución de agencias. Mientras que el tema de salud ha llegado a ser uno de los más controvertidos en términos de su significación como política social, las tendencias generales descritas han encuadrado estas políticas en el contexto de la globalización, entendiéndolas como subsidiarias de las políticas económicas.

Cambios en el Rol del Estado

El Estado, evaluado en función de sus ineficiencias en la administración pública, y su sustitución por el mercado, indujo junto con otros factores tales como las crisis económicas de los países de América Latina y el empobrecimiento financiero y operativo de los sistemas de salud, la necesidad de las reformas sectoriales y el desplazamiento de la OMS en temas de salud y su reforma. Este lugar lo ocupan otras agencias sobre la base de que tales reformas se fundamentan en el logro de mayores niveles de eficiencia, propuesta que se basa en la discutible suposición de que una mejor administración de los recursos financieros, humanos y de infraestructura garantizaría igualdad de oportunidades en salud para toda la población. Ese proceso de sustitución se dio con una cierta competencia entre las agencias involucradas en la cual primó la capacidad de apoyo económico que cada una de ellas podía tener. Sin embargo, ese cambio no necesariamente trajo innovaciones en la forma de prestar la CTI. En referencia a la Organización Mundial de la Salud (OMS), "Las inercias organizativas habían adquirido tal

peso que estaban afectando seriamente la capacidad de respuesta de la organización a un medio sometido a fuertes transformaciones" (Bronfman & Díaz Polanco, 2003:227). Como se ve, no se trató solamente de un tema económico, sino además de la limitada capacidad de respuesta e innovación de la CTI en salud por parte de las organizaciones tradicionalmente a cargo de tales iniciativas.

Desde el punto de vista de la reforma de los sistemas de salud, ese relevo se tradujo en el diseño de variadas estrategias de modernización del sector, uno de cuyos denominadores comunes fue la descentralización territorial de los servicios de salud. En muchos países, esta estrategia se entendió como la forma en que los gobiernos centrales podían deshacerse del peso específico que significaban los problemas de la atención a la salud concebidos como problemas de Estado y, de esta manera, trasladaron los problemas de gestión desde el gobierno central, a los gobiernos regionales y locales. En otros países, los gobiernos asumieron el proceso de descentralización en el marco general de una reforma del Estado. En el caso de los primeros (México, Venezuela), este proceso nunca llegó a completarse, de manera que se les exigía a las regiones el cumplimiento de las políticas, sin disponer éstas de los recursos –materiales, humanos o financieros– que les permitieran ese cumplimiento. Estas carencias expresaban una cierta desregulación del sector que indujo en las regiones la necesidad de comenzar un conjunto de iniciativas para sustentar sus sistemas regionales de salud. Estas iniciativas, entre otras cosas, muchas veces incluían el cobro directo o indirecto al usuario, restringiendo de esa manera el acceso a los sistemas públicos de salud cuya demanda aumentó a medida que disminuyó la calidad de vida (Díaz Polanco, 2002). En los casos en los cuales los gobiernos asumieron la descentralización como una estrategia para la reforma del Estado (Chile, Colombia), ello se hizo en el contexto de una concepción muy ligada a políticas neo-liberales, trayendo como consecuencia, entre otras, un aumento significativo de los costos de operación de los sistemas de salud y, en oportunidades, una restricción de la accesibilidad, porque mediante diversos mecanismos privatizaron en gran medida la administración de los fondos destinados al financiamiento de los sistemas públicos de salud. A la luz de las agencias multilaterales, ello aparecía como un proceso de modernización, en la medida en que la participación del sector privado daba la sensación de una mayor democratización del sector Salud al ser incluidos nuevos actores.

Pensar en la descentralización como la reforma se convirtió en un mito, en el sentido de afianzar la creencia de que, cumplido el proceso administrativo de transferencia de competencias se solucionaban los problemas. Quizá ello traducía la visión del sector desde la perspectiva del gobierno central. El logro de la autonomía que significaba la descentralización se dio en muchos países como conflicto entre diferentes niveles de gobierno, porque la adopción de esta estrategia de reforma no contó con la indispensable presencia del gobierno central, como no fuese para establecer obstáculos o desentenderse del proceso, salvo en algunos países que, como Colombia y Chile, lograron coherencia entre los niveles de gobierno para apoyar dichos procesos de reforma. Como consecuencia y compensación de esta ausencia surgieron espacios específicamente destinados a reunir a las provincias y estados de manera de reforzarse mutuamente en el logro de objetivos que se habían propuesto, y desarrollar más fuerza frente a las

políticas obstaculizadoras o contradictorias de los gobiernos centrales. Los gobiernos regionales que no contaban ni con el liderazgo ni con la tradición sanitaria y la capacidad que les permitiera poner a marchar sus propios modelos, quedaron rezagados y no fueron capaces de convertir el proceso administrativo de la transferencia de las competencias en modelos de eficacia y eficiencia en términos de políticas de salud. En el caso de Venezuela se han identificado tres factores que aparecen asociados a estados 'exitosos' en materia de gestión de sistemas regionales de salud: la pre-existencia de un proyecto o visión de futuro del sistema de salud, corporativizado y compartido; la continuidad político-administrativa de los gobiernos regionales, y el apoyo y voluntad política de los gobernadores (Díaz Polanco, 2002).

En algunos países, el apoyo de los organismos multilaterales para la reforma fue inicialmente concebido según los preceptos clásicos de la atención médica y ello se expresó como proyectos elaborados para mejorar, ampliar y dotar la infraestructura pública de salud (Venezuela), especialmente la infraestructura hospitalaria. Este enfoque de la CTI aparece coherente con la visión 'economicista' anteriormente descrita, dado que la focalización de la reforma en la atención hospitalaria presupone la necesidad de atacar el problema de los sistemas de salud por la vía de aquellos procesos que generan mayores costos. Cuando los gobiernos, sobre todo en las regiones, quisieron emprender cambios en los modelos de atención, tales cambios fueron elaborados con énfasis en los temas económico-financieros, haciendo depender la eficiencia de los sistemas regionales descentralizados de la necesidad de disponer de datos precisos acerca de los costos y las tarifas de los servicios que se prestaban. Poco fue el apoyo que se logró para el análisis de los procesos de prestación propiamente dichos, o para el examen de las formas de articulación de los diferentes agentes que concurren en el proceso de prestación. Cuando esos análisis se incorporaban en los procesos de reforma, obedecían más a la iniciativa de las regiones o países como un todo, que a las agendas multilaterales. Los marcos legislativos que se pretendieron instaurar respondían a la necesidad de lograr consenso entre actores muy disímiles, haciendo del proceso de negociación casi un fin en sí mismo y básicamente orientados, en su formulación original, a garantizar la participación del sector privado en las diferentes funciones del sistema de salud, especialmente en lo referente a la administración de fondos públicos.

La creencia de que los sistemas de seguridad social deberían absorber a los sistemas de salud como parte de sus prestaciones fue una de las ideas-fuerza de los procesos de reforma impulsados desde la lógica de las instituciones multilaterales, independientemente de las especificidades nacionales. De esta manera, los Ministerios de Salud eran forzados a salir del juego de la negociación y, con ellos, los organismos internacionales que habían venido prestando la CTI a estos Ministerios. En los casos en que históricamente la hegemonía de los Ministerios de Salud había sido clara y definitiva, esta estrategia estimulaba la lucha por el poder en el sector entre la Seguridad Social –incipiente o más desarrollada– y los sistemas públicos de salud que dependían del Ministerio de Salud. Ello no significa que tal estrategia fuera siempre errada. Su pertinencia dependía de cómo un determinado país había venido enfrentando el problema de la organización de los servicios. Así, mientras en Costa Rica o México el planteamiento resultaba absolutamente coherente por la preeminencia histórica de la Seguridad Social, en Venezuela levantaba serias con-

frontaciones al interior del aparato del Estado. Este mismo, influenciado por las presiones de los organismos multilaterales, trató de marginar al Ministerio de Salud de las discusiones y decisiones que afectaban la futura conformación del sector (Díaz Polanco, 1997, 2002).

Las presiones se ejercieron a través de la necesidad de la regulación del sector. La estructura de un cuerpo legal que diese cuenta del compromiso entre los diferentes actores y garantizara el lugar del sector privado de aseguradores, proveedores de insumos y prestadores de servicios, fue, en muchas oportunidades, el mecanismo que condicionó la entrega de los fondos, presión que se sustentaba en la creencia de que un sistema de salud que no compensara los intereses económicos del sector privado no sería gobernable. En lugar de elaborar el cuerpo legal sobre la base de la realidad, se intentó forzar ésta dentro de los cánones legales predefinidos como fórmula universal. Tales iniciativas ponían de manifiesto, además, la minusvalía en que se tenía a las capacidades nacionales, las cuales se relegaban a un segundo plano, haciendo énfasis en la necesidad de la participación de expertos internacionales y en el consumo de *outsourcing*, tecnología cuya contratación o adquisición llegaron a constituirse en requerimientos para garantizar el apoyo financiero. Igual que en los viejos modelos de desarrollo, se suponía la necesaria relación entre el consumo y los resultados porque la evaluación de los proyectos enfatizaba en la ejecución financiera de los fondos.

Por supuesto que no todos los países fueron meras 'víctimas' de tal perspectiva y no es ésa la intención de resaltar estos hechos. La negociación con bancos no podía darse sino dentro de una lógica estrictamente económico-financiera. Pero algunos países supieron dar respuestas contundentes a tales exigencias y presiones, tratando de ubicar el tema de la reforma en una perspectiva diferente, sin por ello desestimar la importancia que tenían los temas de la eficiencia del sector público de servicios de salud como un medio para alcanzar otros fines dentro de la esfera de lo sanitario.

A finales de la década de los 90, en algunos países de la región, el Estado pareciera volver por sus fueros. Los fracasos de las concepciones neoliberales y de las políticas de ajuste estructural que conllevaron tales políticas hicieron posible el replanteamiento de una sociedad en la cual el Estado volviera a jugar un rol central en la administración de las políticas sociales. La búsqueda de la independencia estructural de tales políticas llevó a la concepción de un desarrollo en el cual el crecimiento económico y los mecanismos que lo hacen equitativo sólo se entendiesen en función del desarrollo humano, el cual no podía considerarse una consecuencia automática del crecimiento de la economía. Los procesos electorales celebrados en varios países a comienzos del presente siglo o a finales del pasado, pusieron de manifiesto el descontento popular con los resultados de la economía basada en la libertad absoluta del mercado y, sobre todo, a los regímenes políticos autoritarios que los ampararon, combinación que se dio en algunos países como Perú y Chile.

¿Cómo responder, entonces, a las exigencias del mundo globalizado y, al mismo tiempo, dar respuestas equitativas, eficientes y eficaces a las demandas sociales y, específicamente, a las

de salud? Esta paradoja encontró una respuesta en las nuevas formas de gestión pública que aparecieron, poniendo de manifiesto la voluntad de redefinir las relaciones Estado-sociedad civil y, sobre todo, tratando de reubicar los procesos de desarrollo y crecimiento económico en una perspectiva diferente. Esta perspectiva estaba más vinculada al Estado Social Universal, como fue entendido en la década de los 70, sin que ello necesariamente implicara una re-estatización de la gestión. Ese equilibro precario, producto más de las falsas paradojas que se crearon alrededor de ambos modelos (estatista y neo-liberal), puso el énfasis en la gestión pública como una de las facetas del ejercicio pleno de la ciudadanía, de los derechos y deberes ciudadanos, más que en la desestatización o la privatización. Estos últimos temas pasaron a ser considerados como modalidades que podría asumir la gestión pública vía la desestatización ejecutiva, sin que ello significara la pérdida de la responsabilidad del Estado en las esferas de la política social (Aponte, Díaz Polanco & Maingon, 2003).

Sin embargo, no fue posible desvincular algunas estrategias de la reforma de su atadura, de las concepciones neoliberales. Uno de esos casos es el de la descentralización, sobre la cual se desarrollan polémicas que generalmente obedecen más a concepciones ideológicas que a evidencias fácticas acerca de los resultados de su implantación en los sistemas de salud previamente centralizados. Por eso, en algunos países los procesos de reforma del Estado y de la administración pública han significado la negación del pasado, la 'tabula rasa' desde la cual es necesario arrancar para obviar los errores del pasado atribuidos a las estrategias neoliberales. En tales casos, el mismo carácter dogmático que tuvieron las recetas neoliberales caracteriza ahora la vuelta del Estado. No hay balances, no hay diagnósticos: se asume que recomenzar desde cero, borrar toda huella del pasado, es la única manera de enfrentar el presente y el futuro. Uno de los casos más emblemáticos es el de Venezuela, que desarrolla un proceso de cambio social en el cual ha desaparecido toda idea de productividad o eficiencia, y han sido sustituidas por la supuesta magnanimidad de un Estado que no tiene casi nada que ofrecer y que, en virtud de una aparente revolución, niega la historia, concentra el poder político, viola las leyes y la Constitución, e identifica gobierno y Estado.

Esta vuelta al Estado como actor y no sólo como árbitro tiene modalidades, como se ha señalado, y encuentra escenarios diferentes en los cuales la existencia de nuevos actores plantea retos a los diseños de las políticas de salud y a la CTI. Esos retos pasan por la necesidad de entender las fallas y reelaborar los esquemas de cooperación de manera inclusiva, sin que ello signifique perder de vista los objetivos centrales, como es el caso de la búsqueda de equidad en los sistemas de salud comprometiendo, de esa manera, la voluntad política de los gobiernos, pero respetando sus especificidades. En sentido estricto, los resultados de la reforma o de la transformación de los sistemas de salud no deberían ser atribuidos a los proyectos multilaterales, sino al uso y aprovechamiento que los gobiernos –nacionales y estaduales o provinciales– hacen de los recursos que comprometieron para ello. La tutela bancaria no puede ir más allá de acuerdos generales acerca de formas de ejecución de fondos, porque el diseño de las políticas, aunque pueda ser asistido, es un asunto de política nacional. La CTI debería comprender este aspecto e incorporarlo en sus esquemas de negociación.

La Concepción de la Salud en los Procesos de Reforma

Frente a esta situación, las respuestas de organismos internacionales tan prestigiosos y con tanta tradición en la salud como la OMS presentan grandes dificultades de adaptación (Frenk et al., 1997). No porque participen de esa visión economicista que las agencias multilaterales han venido sosteniendo sino porque, además de la insuficiencia de los recursos financieros, se enfrentan a la inercia organizativa anteriormente mencionada. Su desplazamiento por instituciones tales como el Banco Mundial (BM) o el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) se dio con base en la trascendencia relativa de los sistemas nacionales de seguridad social y la creciente importancia de los presupuestos de salud de los Estados. Estos elementos contribuyeron en gran medida a definir la CTI como un proceso que tenía que vincularse al financiamiento en y desde el Estado, en función del logro de aceptables niveles de equidad.

Cómo estos diferentes componentes de la actual escena de la CTI se relacionan entre sí, es algo bastante complejo. Lo cierto es que las ideas de competencia y productividad, provenientes de teorías económicas y de gestión, han permeado el funcionamiento y la lógica de los sistemas de salud, asimilándolos a procesos económicos más que sanitarios, es decir, diluyendo su especificidad. Muchas veces ese proceso se entiende como un ámbito poco tratado de la 'privatización' de los sistemas de salud. No porque ello signifique la cesión de los servicios o de las competencias a los sectores privados, sino porque la lógica de su organización funciona 'como si' fuese privada. Está claro que la polémica que puede despertar el tratar el asunto de esta manera, refiere nuevamente a las concepciones de mercado. Privatizar en esa lógica se refiere al cambio sustantivo de la propiedad de los servicios, asunto que –como queda claro– no se está dando al menos de esa manera y al menos no en todos los países.

Por estas razones, entre otras, el tema de la reforma de salud visto desde la CTI ha sido un tema de bancos, y su ámbito es el económico y no el social. La validez de las propuestas que intentan reformar la salud viene dada por la consistencia del planteamiento financiero en que descansan. Ello podría contribuir a entender el desarrollo de los 'paquetes básicos' a comienzos de los años 90, los cuales pretendían disminuir la incidencia de ciertos problemas de salud en las poblaciones más depauperadas por la vía de la aplicación de medidas masivas de prevención, disminuyendo en lo posible los gastos destinados a la atención de enfermedades. Este tema no es nuevo. La idea de la prevención en lugar de la curación data de mucho tiempo atrás y fue el alma de la propuesta de Salud para Todos en el año 2000, vía la atención primaria. Quizá se pueda aventurar la hipótesis de que los 'paquetes básicos' son una expresión de la búsqueda de esa meta vista desde la tecno-burocracia multilateral destinada a salud.

Los Problemas de la Cti en los Procesos de Reforma de la Salud

Frenk y colaboradores (1997), entre otros, han señalado las dificultades que enfrenta la OMS al duplicar iniciativas de cooperación al lado de otras agencias, al intentar evitar confrontaciones innecesarias (Godlee, 1994). Esto, más que una crítica y unida a las otras observaciones

aquí mencionadas, aparecería como una de las consecuencias de la estrategia de evadir conflictos. Las razones anteriormente expuestas –tales como la vinculación de las reformas sectoriales a los sistemas de seguridad social y las crisis fiscales de los países de la subregión de América Latina– podrían contribuir como elementos que permitan entender el liderazgo asumido por el Banco Mundial en materia de salud. Sin embargo, las alianzas específicas inter-agencias (Widdus, 2001) que representa una modalidad emergente de CTI en salud (Bronfman & Díaz Polanco, 2003) han sido otro tipo de respuesta.

En estas condiciones, y frente a los nuevos procesos de transición demográfica y epidemiológica, la CTI en salud pareciera no encontrar salidas apropiadas (Bronfman & Díaz Polanco, 2003). Los cambios en la estructura etaria de la población, especialmente en las zonas urbanas de cierto nivel de desarrollo, muestran la tendencia hacia el envejecimiento de la población conviviendo, aún dentro de un mismo territorio nacional, con zonas en las cuales las poblaciones jóvenes crecen y presentan preocupantes perfiles epidemiológicos, caracterizados por el azote de males que se suponían controlados y erradicados hace décadas.

Este cambiante escenario demográfico y epidemiológico exigió y exige respuestas novedosas en materia de CTI cuando se la piensa en sus relaciones con los procesos de reforma y reestructuración del sector Salud. Las estrategias de apoyo vía las oficinas gubernamentales (Ministerios) como el modelo de OPS, no parecieran recoger la riqueza de las demandas sociales en materia de salud, sino más bien restringir su apreciación a ciertas y tradicionales incapacidades burocráticas de los gobiernos de turno. Ya hemos hecho algunas consideraciones sobre la naturaleza del Estado en algunos países de América Latina, pero vale la pena insistir en el hecho de que generalmente las demandas sociales son filtradas de acuerdo a la óptica de los equipos de gobierno y no a las exigencias de una política de Estado. De la misma forma, la información pública que se maneja en algunos países y que alimenta los indicadores, cuando existe, presenta problemas de validez y confiabilidad, dificultando y sesgando los juicios que puedan hacerse sobre la realidad.

Las Formas de Respuesta de la Cti

A pesar de estas resistencias históricas, comienzan a delinearse nuevas líneas de CTI en relación con los procesos de reforma. Estas nuevas tendencias se expresan principalmente en cuatro ámbitos: la construcción de las agendas, la formación de los recursos humanos, el fortalecimiento institucional y la transferencia de tecnología (Bronfman & Díaz Polanco, 2003). Consideremos cada una de ellas.

Las decisiones sobre las agendas –qué hacer y cómo hacerlo–, inicialmente dependientes de las disposiciones de los donantes, pasaron a ser consideradas como un compromiso plural, en el que los actores no son sólo ejecutores de decisiones preelaboradas sino también diseñadores de las políticas tratando de superar la asimetría en estas relaciones

(Bronfman & Díaz Polanco, 2003). Sin embargo, ello implica muchas veces pactar con actores locales y ello no necesariamente promueve un escenario de coherencia porque, entre otras cosas, supone la voluntad de cooperación de parte de los poderes locales y su capacidad técnica para dar respuestas a las exigencias de problemas que tienen, muchas veces, una alta complejidad. Sin embargo, dada la voluntad política, el obstáculo pareciera reducirse a la forma de relación entre quien brinda la CTI y sus receptores. Los gobiernos mismos no tienen la suficiente confianza en sus cuerpos técnicos y si éstos son descentralizados, esa falta de confianza parece aumentar. Es posible trasladar el mismo esquema a las relaciones inter-agencias, en las cuales la coordinación y el haber preparado una visión conjunta de problemas a enfrentar y metas a alcanzar, podría convertirse en una herramienta de éxito en relación con los resultados, siempre y cuando exista realmente una voluntad de cooperar.

Otro aspecto es el referido al compromiso de la sociedad con las reformas, sobre todo vinculado al tema de los recursos humanos. En la medida en que se puso en evidencia la importancia de la participación local en el proceso de capacitación de los recursos humanos, fue posible pensar en la sustentabilidad de proyectos o programas de reforma y transformación sectorial. Este es un campo en el cual se ponen de manifiesto las relaciones unilaterales entre proveedores y receptores de CTI. La convicción de la incapacidad de los receptores para emprender diagnósticos propios y diseñar las políticas, tendió a ser sustituida por el apoyo a la investigación y a la innovación locales. Los métodos desarrollados por la cooperación técnica sueca y noruega trataron de proveer a los participantes (prestadores y receptores) un proyecto de instrumentos tendiente a garantizar que el origen, diseño y estrategias frente a un determinado problema se diese con la participación y el compromiso de todos los involucrados. Una de los obstáculos más difíciles de superar fue la concepción del seguimiento y la evaluación de resultados como parte del diseño mismo, porque por razones culturales, en algunos países existió una marcada resistencia a entender estos procesos como integrantes de un determinado proyecto. A comienzos de la década de los 90, las agencias multilaterales saludaron la existencia de herramientas cono el *Logical Framework* y lo seleccionaron como EL método a seguir para la formulación y evaluación de proyectos que garantizaran el compromiso de los *stakeholders*. Lo interesante de esta perspectiva residía en la posibilidad del ejercicio descentralizado del poder, en el sentido de cómo las localidades podían tener una cierta influencia sobre el poder nacional y, de esta manera, contribuir desde el sector a la reducción de las desigualdades entre las zonas más desarrolladas y las menos desarrolladas dentro de un mismo contexto nacional.

En la medida en que fueron surgiendo nuevos condicionamientos para la asignación de fondos desde las agencias multilaterales, ello marcó, sobre todo a comienzos de los años 90, un giro importante: la capacidad institucional para la ejecución de políticas ya no constituyó una actividad de CTI, sino una condición para ella. Por esa razón, en muchos países se destinaron fondos específicos para el fortalecimiento de las instituciones. En el caso de Venezuela, un gran

número de proyectos destinados a este fin se financiaron con recursos provenientes de la renta petrolera.[1] Este tema es especialmente importante, sobre todo si se toma en consideración que tales proyectos de fortalecimiento fueron concursables, de manera que el acceso a los recursos no estuvo prefijado en términos burocráticos, sino que cada entidad federal hubo de demostrar sus capacidades para formular y ejecutar proyectos. Si esa política fue o no una respuesta frente al vuelco de la CTI, no es algo que esté claro. En todo caso, sería difícil atribuir una al otro. Lo que sí es cierto es que ello ha producido, al menos en las gobernaciones de algunos estados y provincias, un significativo aumento de sus capacidades institucionales. Una de las propuestas estratégicas para la CTI en esta materia es la de coordinar la difusión de estas experiencias regionales y propiciar intercambio a los niveles nacional e internacional (Bronfman & Díaz Polanco, 2003).

El tema de la transferencia de tecnología se encuentra asociado a dos factores que, a nuestro juicio, constituyen las dificultades para una estructura horizontal y racional de dicha transferencia: por un lado, la creencia, coherente con lo que hasta ahora hemos venido señalando, de que la misma tecnología actuaría igual en contextos diferentes y, por otro, la relativamente escasa capacidad de investigación de los países receptores de CTI. Por esas razones, la transferencia de tecnología debería sustentarse en dos pilares fundamentales. Uno, la necesidad de impulsar la identificación de prioridades en la investigación en relación con las necesidades de desarrollo y otro, la disponibilidad de canales efectivos para hacer difundir la producción científica local e incorporarla en los procesos de toma de decisiones.

Este último aspecto es especialmente importante cuando se observa desde la perspectiva de la reforma de los sistemas de salud. Como señala Belmartino (2001) en un análisis comparativo de los estudios sobre reforma de salud, las perspectivas analíticas de tales procesos tienden a encuadrarse en tres grandes enfoques según se favorezca el papel del Estado, de la sociedad civil o de la interacción entre ambos, como actores centrales de los procesos de reforma. En el entendido de que este tipo de investigación no está fuera del escenario de los actores, la interacción entre ambas instancias (Estado - sociedad civil) pareciera no sólo reflejar mejor una pluralidad de opciones para la reforma, sino identificar espacios en los cuales se favorece una perspectiva más horizontal de la CTI en función de la reforma. Esta perspectiva se expresa quizá con mayor fuerza en el rol que se le asigna a la participación de la sociedad civil en los procesos de gestión y de toma de decisiones en materia de políticas de salud. Mientras el análisis de varios estudios hecho por Bossert (1998, 1999 y 2000) sobre el tema de la reforma sectorial no revela su importancia por falta de evidencias, es claro que otros estudios ponen de manifiesto que este aspecto representa una opción importante cuando se trata del tema de la rendición de cuentas y la garantía de la eficiencia de la gestión. Independientemente del tiempo de madura-

[1] En Venezuela, la existencia del FIDES (Fondo Intergubernamental para la Descentralización), alimentado básicamente por un porcentaje de los ingresos provenientes de la exportación del petróleo, ofreció a los estados la posibilidad de concursar por fondos para el fortalecimiento del sector Salud. Entre 1995 y 2002, el porcentaje de proyectos en salud fue de 9,52 sobre el total de proyectos en todos los sectores para 14 estados en los cuales la administración se había descentralizado.

ción de los procesos de reforma, aparecen dos temas que adquieren relevancia con respecto a tales resultados: la continuidad político-administrativa y la visión de futuro del sistema regional de salud. En ambos casos, la consideración del tema de la participación no queda reducido a la capacidad de pago del usuario al sistema público de servicios de salud, sino que incluye a los actores de la sociedad en los procesos de gestión y de toma de decisiones (Díaz Polanco, 2003).

El apoyo de la CTI en materia de reforma a la difusión de la investigación científica es fundamental. La separación que existe entre el investigador y el decisor político es grande, y ésta tiende a ampliarse en la medida en que los resultados académicos no favorecen un determinado tipo de políticas (Pitmann & López Acuña, 2001). No se trata de hacer del tomador de decisiones un académico, sino de transformar el proceso de construcción de políticas en función de las necesidades, éxitos y fracasos, y no de los intereses políticos de determinados grupos circunstancialmente en el poder. En ese proceso, la CTI tiene un papel fundamental, delicado y difícil: servir de mediador o facilitador entre los decisores y los académicos. Este papel, a nuestro juicio, enfrenta varios impedimentos. Unos provienen de la naturaleza de los regímenes políticos y otras, de las concepciones que autogeneran las agencias. Sobre ésta última hemos señalado anteriormente algunos rasgos que dificultan ese rol, pero vale la pena destacar algo sobre las segundas porque ellas están referidas a las propias limitaciones de la CTI.

El rol de la investigación

El estímulo a la investigación en estos campos amerita de un esfuerzo especial. Sin apoyo proveniente del conocimiento sistemático de los procesos, sin modelos que permitan apreciar, seguir y evaluar resultados, las decisiones políticas corren el riesgo de retroalimentar modelos de gestión sectorial y de gobierno que no necesariamente se vinculan a una perspectiva de cambio y transformación sectorial.

Una gruesa síntesis de las funciones de los sistemas de salud puede concebirlas en tres grandes procesos interdependientes: la rectoría y regulación, el financiamiento y la prestación de servicios. Esta distinción constituye un modo sencillo pero comprehensivo de iniciar un enfoque con fines evaluativos. Se supone que todo sistema de salud debe cumplir con tales funciones y que debe hacerlo de la manera más completa posible, es decir, en términos de eficiencia, eficacia y efectividad.

La función de rectoría implica una serie de procesos dentro de los cuales constituyen su fundamento una visión estratégica del marco político y una doctrina formal, entre otras, ya que esta función tiene que ver con la gobernabilidad del sistema de que se trate. Por su parte, el financiamiento, en el cual se incluye el aseguramiento de la población, tiene un carácter 'determinante' sobre la organización del sistema de salud, en el sentido de definir –según sea el origen, administración y destino de los fondos– la naturaleza, pública o privada, del mismo. Por último, la prestación se refiere a los actores y a sus formas de articulación en torno de la atención de la demanda en los servicios (Díaz Polanco, 2002).

Estas funciones tan gruesamente definidas aquí pueden desarrollarse en contextos muy variados, que a los efectos de simplificar el panorama y desde el punto de vista político pueden ser considerados en dos grandes formas: un marco de sistemas descentralizados y otros no descentralizados. Esta distinción limitada trata de abarcar las modalidades de organización de los servicios en el marco de la reforma sectorial, dado que, como hemos señalado al comienzo, la descentralización constituye una de las estrategias fundamentales que han utilizado los procesos de reforma y que llega, en ocasiones, a ser sinónimo de la misma.

Es de suponer que aún en los sistemas de salud más centralizados exista una cierta capacidad y necesidad de asumir decisiones autónomamente. Sin embargo, la descentralización logra maximizar esos espacios, de manera que potencia la autonomía relativa de estados, provincias y municipios, facilitando de ese modo la posibilidad de lograr decisiones y acciones más próximas a las necesidades reales de las poblaciones a las que sirve ese sistema de salud. Bossert (1998, 1999, 2000) propone para analizar estas instancias la noción de Espacios de Decisión (EDD) y la refiere específicamente al ámbito de los sistemas descentralizados de salud.

Cabe aquí una pequeña disquisición conceptual relativa a este tema. Se trata de la existencia misma de esos espacios, en el entendido que ellos son utilizados como conceptos operativos para la investigación. Cuando se usan dicotomías tales como descentralizado/centralizado o público/privado, ellas se refieren a modelos de análisis que no necesariamente reflejan la realidad sino que expresan la manera en que el investigador se aproxima a tales fenómenos, sobre la base de la inexistencia objetiva de tales dicotomías. Así, no existe un sistema totalmente público o privado, sino que la realidad nos muestra una cierta combinación de ambas formas de organización y financiamiento; de la misma manera, tales EDD, concebidos en forma amplia y por las razones expuestas, no necesariamente están referidos a los sistemas de salud descentralizados, porque aún en aquellos sistemas altamente centralizados existen pequeñas esferas de autonomía regional y local. EDD como categoría de análisis se refiere pues, a la potencialidad que adquiere la autonomía de las decisiones en un sistema que ha sido objeto de descentralización, aunque ésta sea incompleta o inacabada. Por esa razón, es necesario distinguir entre la existencia de los EDD y su uso efectivo por parte de las autoridades y demás actores de los sistemas de salud (Díaz Polanco, 2003).

Esta categoría ayuda a entender la forma –más o menos eficaz y eficiente– en que las funciones son llevadas a cabo. Una hipótesis favorable a ella señalaría, por ejemplo, que en aquellos sistemas de salud descentralizados, el uso de los EDD tiene una influencia importante sobre el desempeño del sistema en su conjunto y, por ende, en los resultados que tal sistema pueda tener y en sus impactos sobre la salud de la población. En otras palabras, y siendo la descentralización también un problema de grados, el desempeño (dentro del cual los EDD juegan un rol central) sería hipotéticamente responsable de los impactos logrados (González, 1997).

Por otra parte, ese desempeño se expresa en el cumplimiento de las funciones del sistema, y es de suponer que los arreglos institucionales que admite una nueva forma de gestión estarí-

an relacionados con la efectividad de la prestación de servicios, sobre todo cuando ello se contrasta con las otras condiciones de contexto (pobreza, acceso a servicios, economía, educación) que estarían influyendo sobre las condiciones de salud de una determinada población (Díaz Polanco, 2003).

En cuanto al tema del financiamiento, varios autores han demostrado la preeminencia de los sistemas públicos (con financiamiento predominantemente público) sobre los privados. En los países desarrollados, los sistemas predominantemente privados aparecen con logros menores en términos de indicadores de salud materno-infantil, que aquellos que son financiados con fondos de origen público, y entre ellos, aquellos que lo son con fondos fiscales, no contributivos (Capriles et al., 2002). Esta preeminencia del financiamiento que hemos denominado líneas arriba 'determinación' tiene un carácter prescriptivo, no causal. Es decir, que la condición de eficacia y eficiencia de un sistema de salud estriba en la coherencia entre su financiamiento, su organización y la prestación de servicios (Díaz Polanco, 2002). Esta primacía del financiamiento no debe, sin embargo, contribuir a un enfoque determinista ni economicista de la organización y funcionamiento de los sistemas de salud. Aunque pueda ampliar el panorama para la comprensión del proceso, ello no implica reducir el análisis a problemas puramente económico-financieros. Lejos de ello, el financiamiento representa una de las formas más importantes de regulación y modulación de los sistemas de salud, y su rol dentro de la organización sectorial debe enfatizar el aspecto político regulatorio y no el económico. Las diferentes etapas del financiamiento –la asignación desde el gobierno central hasta el mismo proceso de los gobiernos regionales hacia los establecimientos o municipios– son fases que, más que decisiones de tipo económico, son de tipo político y requieren negociación, visión de futuro y voluntad política. Una perspectiva demasiado simple de este papel puede conducir a indeseables formas reduccionistas de interpretación que no tienen nada que ver con el carácter prescriptivo de la formulación que se hace.

Al aplicar este esquema de interpretación en los países latinoamericanos, inmediatamente resalta el contraste con, por ejemplo, los países miembros de la OECD. Mientras en los primeros el gasto es fundamentalmente privado, en los últimos países tiende a ser un problema del Estado, que es quien tiene la primacía en su financiamiento (Capriles et al., 2002). Pero ello se da en conexión directa con la capacidad regulatoria de ese Estado, que dispone de mecanismos de control y seguimiento, así como de asignación de recursos, políticamente consensuados y técnicamente fundamentados. Como ya señalamos, el hecho de que exista esa coherencia entre origen, administración y destino de los fondos que financian el sistema de salud, no implica la desaparición de problemas. De hecho, los patrones de uso de los servicios de salud, la estructura demográfica de las poblaciones y otros factores, pueden contribuir a elevar los costos, de manera que obliguen al Estado a poner en marcha ciertos mecanismos de control –como parte de su capacidad regulatoria– llegando, en ocasiones, a restringir el acceso a medicamentos y exámenes de alta complejidad. Estos mecanismos así implementados son susceptibles de burocratizar los procesos de atención y, en consecuencia, crear descontentos en los usuarios y

problemas de eficacia y oportunidad en la prestación de los servicios. No hay, pues, panaceas sino necesidad de investigar y descubrir nuevos caminos.

Aparte de las dificultades metodológicas que puede significar la operacionalización de categorías como las discutidas, ellas permiten elaborar esquemas interpretativos que podrían facilitar la transferencia de conocimientos en estas áreas hacia los decisores y, sobre todo, afinar su comprensión del proceso de reforma y descentralización como cambios políticos significativos que pueden tener una influencia importante para las transformaciones que necesariamente deberá experimentar la CTI en salud. Tienen adicionalmente la virtud de producir un espacio de discusión acerca de la naturaleza de los sistemas de salud, al ubicar el peso de las responsabilidades en el Estado, sin que ello signifique una re-estatización de las relaciones entre los actores involucrados.

A veces, su operacionalización puede dificultarse porque se carezca de enfoques políticos del sistema de salud y sólo se vean como organizaciones dependientes exclusivamente de factores intrasectoriales. Sin embargo, toda la discusión de los últimos tiempos sobre la CTI debería haber contribuido a ampliar esas visiones hacia otras esferas de la realidad que estarían actuando sobre el sector Salud, especialmente desde la esfera de la política *sobre* el sector que involucra los temas fundamentales relacionados con su organización y funcionamiento. Esta perspectiva requiere especial consideración por parte de la CTI, en la medida en que se trasciende el tema de reducir los procesos a la comparación de insumos y de resultados y a los juicios que obvian el papel fundamental que juega una apreciación justa del quehacer cotidiano de los sistemas regionales de salud, aún en condiciones de escasez crítica.

El tema de valores tales como la equidad ha sido uno de los asuntos centrales en materia de reforma. Las estrategias de focalización de las políticas intentaron responder a la superación de la iniquidad en salud. Sin embargo, en casos como el de Colombia, las evidencias sugieren que el acceso a los servicios de las poblaciones más pobres no mejoró, mientras sí ocurrió así en el caso de grupos socioeconómicos privilegiados (Castaño et al., 2002)

Al lado de las nuevas estrategias de CTI y en función de la reforma de los sistemas de salud, una exploración que permita apreciaciones que incorporen estos elementos debería ser importante para contribuir no sólo con aspectos evaluativos sino también –y fundamentalmente– al logro de la equidad en salud.

Finalmente, es necesario distinguir entre la descentralización como estrategia de la reforma, y los procesos de transformación que se adelantan como resultado de las iniciativas regionales y locales. Mientras la primera está compuesta por elementos fundamentalmente técnicos –tales como convenios formales entre los niveles de gobierno comprometidos en el proceso– la segunda es predominantemente política y expresa el juego de intereses entre los actores involucrados en la reforma. Esta dualidad representa, en síntesis, el problema central de la CTI en salud. La comprensión de lo que significa la toma de decisiones en un contexto de poder

compartido, implica una reflexión muy clara sobre las consecuencias políticas de las medidas que se apoyan y sobre todo, capacidad para poder demostrar la fundamentación científica de las respuestas. La CTI deberá contar con un marco de referencia ágil que le permita incluir el uso de criterios muy bien definidos desde el punto de vista técnico y para ello deberá contar con el talento local, lo cual requiere apoyo a la investigación. Creemos que esta estrategia debería caracterizar nuevas líneas de CTI, dirigidas a sustentar los cambios y las transformaciones políticas, y para nada interfieren con las metas de los gobiernos nacionales. Ello requiere recursos financieros suficientes y, por tanto, superar las barreras que se han venido erigiendo entre las diferentes agencias.

Referencias Bibliográficas

APONTE, C.; DÍAZ POLANCO, J. & MAINGON, T. La reforma del Estado Social en América Latina. Orientaciones analítico-conceptuales y metodológicas para el estudio de la reforma venezolana en salud. Caracas, 2003. (Mimeo.)

BELMARTINO, S. Conceptualización de la producción de conocimientos sobre la reforma del sector Salud. In: FLEURY, S.; BELMARTINO, S. & BARIS, E. (Eds.) *Investigación sobre Reformas del Sector Salud en América Latina y el Caribe*. Washington: OPS/OMS/CIID, 2001.

BOSSERT, T. Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation, and performance. *Social Science and Medicine*, 47(10):1.513:1.522, 1998.

BOSSERT, T. *Decentralization of Health Systems: decision space, innovation and performance.* Cambridge: Harvard School of Public Health, 1999. (LACHSR Health Sector Reform Initiative, 17)

BOSSERT, T. *Decentralization of Health Systems in Latin America: a comparative analysis of Chile, Colombia, and Bolivia.* Cambridge: Harvard School of Public Health, 2000. (LACHSR Health Sector Reform Initiative, 29)

BRONFMAN, M. & DÍAZ POLANCO, J. La cooperación técnica internacional y las políticas de salud. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(1):227-241, 2003.

CAPRILES, E. et al. La reforma del sistema de salud de venezuela: opciones y perspectivas. In: DÍAZ POLANCO, J. (Coord.) *La Reforma de Salud de Venezuela*. Caracas: Fundación Polar, Cendes, CIID, Iesa, MSDS, CorpoSalud, 2002.

CASTAÑO, R. et al. Equitable financing, out-of-pocket payments and the role of health care reform in Colombia. *Health Policy and Planning*, (17), 2002.

DÍAZ POLANCO, J. El financiamiento de la salud en el marco de la seguridad social: del seguro a la seguridad. *Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales*, 3(4):50-59, 1997.

DÍAZ POLANCO, J. (Coord.) *La Reforma de Salud de Venezuela*. Caracas: Fundación Polar, Cendes, CIID, Iesa, MSDS, CorpoSalud, 2002.

DÍAZ POLANCO, J. (Coord.) Informe parcial del proyecto Resven. Caracas, 2003. (Mimeo.)

FRENK, J. et al. The future of world health: the new world order and international health. *British Medical Journal*, 314 (7091):1.404-1.407, May 1997.

GODLEE, F. *WHO in retreat: is it loosing its influence British Medical Journal,* 309(14):91-95, 1994.

GONZÁLEZ, M. Evaluación del Sistema Intergubernamental de Salud de Venezuela. *Cuadernos para la Reforma del Sector Salud*, I(3): 20-27, 1997.

PITTMAN, P. & LOPEZ ACUÑA, D. Investigación sobre reforma del sector Salud en América Latina: consideraciones sobre el vínculo entre investigador y políticas. In: *Investigación sobre Reformas del Sector Salud en América Latina y el Caribe*. Washington: OPS/OMS/CIID, 2001.

WHO. *The World Health Report 1999: making a difference.* Ginebra: WHO, 1999.

WIDDUS, R. Public private partnerships for health: their main targets, their diversity and their future directions. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(8):713-720, 2001.

WORLD BANK. *World Development Report 2000-2001: attacking the poverty*. Washington: Oxford University Press, 2001.

17. CONDICIONES DE SALUD Y DESIGUALDADES SOCIALES:

Historias de Iguales, Desiguales y Distintos*

Hugo Spinelli

Our dream is a world free of poverty.
Grabado sobre relieve en el salón de acceso a la sede
del Banco Mundial en Washington, D. C.

Entre la segunda mitad del siglo XIX y la primera década del siglo XX, una serie de hechos termina por constituir lo que se conoce en la actualidad como medicina científica. Los descubrimientos de Louis Pasteur en 1862 y la publicación del Informe Flexner en 1910 son dos referentes insoslayables del proceso anterior, a partir de los cuales se toma de la forma de producción dominante –la máquina– la concepción del cuerpo (Berliner, 1997) y de la causalidad microbiológica, la respuesta a la búsqueda de una teoría de las enfermedades. Ambos hechos constituyen, a partir de entonces, la base del pensamiento dominante en relación con la salud-enfermedad-atención de las personas. Las causas de las enfermedades se conciben como debidas a un microbio, al que basta identificar para encontrar la vacuna que lo neutralice y vuelva a la máquina a su funcionamiento 'normal'. Así será posible eliminar los problemas sociales, considerados también enfermedades, por ello no tiene sentido su estudio, que es desterrado del campo médico. La medicina se consolida como una ciencia de los individuos (Berliner, 1997). La resolución de los problemas sociales pasa a ser una cuestión de tiempos, una cuestión de la ciencia, una cuestión del progreso.

La idea de progreso se presenta como una de las ideologías preferidas de la cosmovisión moderna. En ese sentido, el sociólogo francés Alain Touraine (1994:65) afirma que "el concepto de progreso es el que mejor representa esta politización de la filosofía de la ilustración". Con él, la modernidad deja de ser una idea y se convierte en una voluntad, señala una continuidad entre el 'Siglo de las Luces' y la 'Era del Progreso'. ¿Su lema?, "crecer para distribuir".

* Agradezco los comentarios realizados por los integrantes del colectivo de investigación de la Maestría: Mario Testa, Marcio Alazraqui, Alejandro Wilner, Gabriela Zunino y Marcelo Urquía.

Para los países de América Latina, la propuesta de sustitución de importaciones y el desarrollo económico social aparecen, desde los años 60, como una cuestión evolutiva. Son etapas por alcanzar, de allí la denominación que reciben de 'subdesarrollados'. El paso siguiente, en la medida en que cumplan los planes, es el desarrollo. Una metáfora sintetiza todo el proceso: la copa de champagne. Había que esperar que se llenara y entonces, al desbordar, alcanzaría a los sectores más postergados –su efecto redistributivo– eliminando la pobreza y la miseria de los pueblos.

Las ideas de progreso y desarrollo trajeron a nuestros países la creación de los sistemas de información que debían dar cuenta de los avances en el área económico-social. En salud, el proyecto se desenvolvió a partir del 'método Cendes-OPS' (OPS, 1965) que se operacionalizó con diferentes nombres en los países de América y fue el núcleo disparador de las oficinas de planificación de los Ministerios de Salud y del diseño de los sistemas de información en salud.

El desarrollo no fue tal, como resulta obvio. Tan obvio como el incumplimiento de las metas que los distintos gobiernos se propusieron desde la reunión de Punta del Este y a las cuales se fueron sumando las surgidas en las diferentes reuniones de ministros de salud de las Américas y las originadas en Alma Ata. Desde 1961 a la fecha, se plantearon diferentes metas sociales y sanitarias, por ejemplo: erradicar el paludismo, proveer agua potable al 70% de la población urbana y al 50% de la población rural (Conferencia de Punta del Este Plan Decenal, 1962-1971); Salud para Todos en el Año 2000 (Asamblea Mundial de la OMS, 1977); generar 100% de inmunizaciones a menores de un año, disponer aguas y excretas al 100% de la población (Plan de instrumentación de las estrategias regionales de OPS, 1981) y erradicación del sarampión para el año 2000 (Conferencia Sanitaria Panamericana, 1994). La verificación del incumplimiento de los objetivos planteados no requiere de ninguna especialización sanitaria. Frente a las metas anteriores y los metarrelatos que las sustentaban encontramos un presente, en el que se reconoce que América Latina es el continente más inequitativo del mundo (Alleyne, 2002). El progreso devino en 'inequidad'.[1] Preguntarnos por qué el futuro de desarrollo se transformó en el presente de desigualdad, es el contexto necesario para entender mucho de lo que discutiremos, pero supera los propósitos de este texto.

La situación de extrema desigualdad de vastos conjuntos poblacionales junto a una mejora de ciertos indicadores de salud a niveles macro, genera no pocas discusiones, a veces tardías, acerca de la validez de estos indicadores. A lo anterior se suma una fuerte debilidad de los sistemas de información para brindar datos desagregados a nivel geográfico, de variables de clase, etnia y/o género y de diferencias en términos de mejoría y de exclusión. Frente a lo anterior, asistimos a un retorno a la búsqueda de indicadores y diseños de sistemas de información, que desdeñan décadas de experiencia en la temática y que además soslayan la discusión acerca de los conocimientos que sustentan dichas lógicas. Esta discusión es la que presentamos a través de cuatro tesis.

[1] Inequidad es lo opuesto a la equidad. No es lo mismo que el diccionario presenta como iniquidad.

Tesis I: El estudio de la relación entre situación de salud y desigualdades sociales es de vieja data en la historia de la salud pública. A pesar de ello, es poco lo que se avanzó, más allá de lo obvio.

Tesis II: Las estadísticas vitales, los sistemas de información en salud y los indicadores de salud en América Latina continúan con problemas de calidad que dificultan la realización de estudios sobre desigualdades, especialmente a nivel local.

Tesis III: Nuevos indicadores que relacionen condiciones de salud y desigualdades sociales, ¿para qué?

Tesis IV: El concepto de equidad resulta insuficiente para abordar la situación de exclusión, cada vez mayor, de importantes sectores de nuestras sociedades.

Tesis I: El Estudio de la Relación entre Situación de Salud y Desigualdades Sociales es de Vieja Data en la Historia de la Salud Pública. A Pesar de Ello, es Poco lo que se Avanzó, más Allá de lo Obvio

A partir de las primeras décadas del siglo XIX, la cuantificación tiene un avance importante en la medicina y se consolida como sinónimo de cientificidad. Comienzan entonces a multiplicarse las aplicaciones aritméticas a temas como la mortalidad, relacionando para ello variables como sexo, ocupación y raza. La cuantificación se transforma en mito y la euforia lleva a considerar a los números como expresión de los éxitos de la medicina. La esperanza en los efectos de la incorporación del método cuantitativo, lleva a considerar a dicho momento como "una revolución en la medicina; que dejaba de ser un arte conjetural para convertirse en una ciencia exacta (...) donde el único camino para la investigación esta dado por las estadísticas" (Shryock, 1961:103). La cuantificación como eje de cientificidad terminó por estructurar respuestas totalizantes para problemas complejos, ignorando que hay cosas muy difíciles de medir y que su medición no es necesariamente sinónimo de ciencia. Fue así que se llegó a la abstracción de los hechos, que perdieron su singularidad. Se antepuso la medida a la comprensión del problema, como si entender o medir fueran partes contrapuestas de un dilema sin resolución. Se terminó por confundir el dato con el hecho. Ese énfasis en lo cuantitativo alejó como objeto de estudio a todo aquello que no se sometiera a dicha lógica. Se perdía la diferencia entre lo medido por un instrumento y lo medido (en el sentido de lo mensurado), por lo apropiado (Gadamer, 1993).

Mientras las corrientes dominantes de la medicina avanzaban embelecidas por la cuantificación, en Europa, en el marco de los procesos revolucionarios de 1848, surge el concepto de Medicina Social, que sostiene que las condiciones sociales de la población juegan un papel sustancial en la determinación de las enfermedades. Sus principales exponentes son Rudolf Virchow y

Salomón Neuman, en Alemania; Jules Guérin, en Francia; William Farr, en Inglaterra y Francisco Puccionotti en Italia (García, 1994). El deterioro de las condiciones de vida de las masas obreras incorporadas a la producción industrial por el desarrollo capitalista, origina diversas investigaciones que desde distintos enfoques político-ideológicos retratan las inhumanas condiciones de trabajo y de hábitat a las que son sometidos los obreros (mujeres y niños incluidos). Entre las investigaciones más importantes se encuentran las de Friedrich Engels, *The Condition of the Working Class in England* (1845), el de Turner, *Thackrah, On the Effect of Arts, Trades and Professions and of the Civic States and Habits of Living, on Health and Longevity* (1831) y el informe de Edwin Chadwick, *Report on the Sanitary Condition of the Labouring Class* (1842). La sistematización paulatina de las estadísticas vitales por parte de los Estados, permite en 1820 a Louis Villermé, demostrar las diferencias de mortalidad según la clase social en diferentes ciudades francesas (Shryock, 1961; Rosen G., 1994; Lilienfeld & Lilienfeld, 1976 y Sigerist, 1981). Hacia fines del siglo XIX, las investigaciones sobre las condiciones de trabajo y hábitat empiezan a tener sus correlatos en América Latina. Expresión de ello es el trabajo realizado por Bialet Massé: *El Estado de las Clases Obreras Argentinas a Comienzo del Siglo*, publicado por primera vez en 1904 (Bialet-Massé, 1985). La dimensión de la cuestión social en el proceso salud/enfermedad/atención (PSEA) cuestionaba el destino biológico que había decidido tomar la medicina respaldada en la cuantificación.

La preocupación por la equidad y sus factores determinantes se ha extendido en estos últimos años en los foros académicos y políticos. Pero no estamos frente a un conocimiento nuevo sino, en todo caso, frente a un redescubrimiento de lo que ya era sabido y defendido por europeos y latinoamericanos desde el siglo XVIII. Johann Peter Frank enseñaba en sus cátedras de las universidades alemanas del siglo XVIII, que la miseria del pueblo era la madre de todas las enfermedades (Sigerist, 1981); por esos años, en América, Eugenio Espejo, más precisamente en Ecuador, relaciona también la pobreza con la enfermedad (Breilh, 2001). Luego se sucede el movimiento de mitad del siglo XIX donde se destaca la figura de Virchow y en el siglo siguiente, la medicina social latinoamericana contemporánea. Todos estos movimientos sostienen de una manera u otra que la salud de las poblaciones no es independiente de la organización social (Rosen, 1988 & 1994; Susser et al., 1973).

A fines de los 70, la Oficina Regional de la OMS para Europa (Euro), comenzó a desarrollar un programa llamado Equidad en la Salud, con el fin de examinar el impacto del desempleo y la pobreza en la salud en los países centrales (Whitehead, 1991). De esta misma época es el *Black Report* (Black et al., 1982) llevado a cabo en Inglaterra y que cumplió un rol relevante en la importancia dada a nivel internacional, al estudio de las desigualdades sociales en salud. Tanto este informe como *The Health Divide* (Whitehead, 1988) alimentaron la posterior sistematización e internacionalización del concepto de equidad en salud, dando lugar a estudios en diferentes países que abordan las inequidades desde distintos conceptos operacionales. Actualmente, agencias internacionales como el Banco Mundial, redescubrieron este viejo problema de las desigualdades en salud, ahora llamadas inequidades en salud (Spinelli et al., 2002). También la literatura anglosajona 'descubre' en los últimos años los determinantes sociales del PSEA y pasa a utilizar la categoría determinación, ignorando en sus referencias bibliográficas

la producción que hay en ese sentido en América Latina desde los años 60 (Institute of Medicine, 2003). En los problemas que se abordan pareciera ignorarse lo que Robert Castel (1997) denomina 'la metamorfosis de la cuestión social'.

No pretendemos limitar el análisis de la equidad en salud a una explicación determinista que se circunscriba a lo económico como una categoría explicativa totalizante. Es innegable que otras categorías intervienen en la relación condición de salud/desigualdades sociales.[2]

A pesar de la indudable complejización del objeto de estudio y de la persistencia del análisis de las desigualdades sociales por casi tres siglos, no se explica, en la actualidad, más allá de lo ideológico, una cuestión que se viene señalando históricamente sobre las desigualdades y su impacto en el proceso salud/enfermedad/atención (PSEA), y es que los pobres, en general, enferman y mueren más que los ricos. La categoría *pobres* a su vez, encierra una complejidad generada por el hecho de que además de ser pobres son, mujeres, niños y/o minorías étnicas. Lo que no resulta tan obvio es ¿por qué los pobres aceptan morirse más? (Menéndez, 1988).

Tesis II: Las Estadísticas Vitales, los Sistemas de Información en Salud y los Indicadores de Salud en América Latina Continúan con Problemas de Calidad que Dificultan la Realización de Estudios Sobre Desigualdades, Especialmente a Nivel Local

La necesidad de construir nuevos indicadores para el estudio de las desigualdades en salud es presentada como imperiosa. Esa construcción requiere, al menos, de datos de situación de salud, de acceso y de atención –lo más desagregados posibles–, junto con variables socioeconómicas. Esas necesidades, lógicas para cualquier estudio sobre desigualdades, se enfrentan con el problema de la sistemática falta de información, en general más notoria allí donde existen mayores desigualdades (Anand et al., 2002). Esta situación contrasta con la escasa problematización que se realiza sobre las dificultades 'crónicas que arrastran los sistemas de información en salud' –el viejo problema– en contraposición con el 'nuevo problema': la necesidad de nuevos indicadores.

En su devenir histórico, el sector Salud fue construyendo un arsenal de indicadores sobre el PSEA –en su mayoría negativos–[3] que no fueron jerarquizados y que son utilizados de

[2] En esa línea de pensamiento, Pedro Luis Castellanos incorpora al estudio de las desigualdades, cuatro categorías analíticas: biológicas, ecológicas, económicas y de conciencia que constituyen dimensiones reproductivas individuales y poblacionales. Este autor señala que la situación de salud es el producto de niveles jerárquicos interrelacionados que incluyen: estilos de vida (conjunto de comportamiento, hábitos y actitudes), condiciones de vida (condiciones materiales de existencia) y finalmente modos de vida (como un producto de la anterior) y su relación con los niveles de la esfera productiva que surgen de la relación de las personas con el trabajo a través de la inserción en la estructura de producción, del proceso de trabajo y de las condiciones de trabajo (Castellanos, 1997; Barata, 1997).

[3] Los indicadores usados comúnmente en salud son entendidos como negativos, en el sentido de que tienen como objeto la muerte y/o la enfermedad y se estructuran bajo una lógica biológica. Los pocos indicadores sociales que se recolectan, cuando están, se estructuran bajo la lógica anterior, es decir su biologización. Existe una ausencia total de indicadores positivos que procuren valorar aspectos vitales de las personas relacionados con la salud, como por ejemplo, bienestar, sexualidad, etcétera.

manera asistemática para evaluar a veces los mismos problemas, dificultando las posibilidades de comparación de situaciones similares. Es indudable que resulta necesario acordar un conjunto mínimo, no necesariamente nuevo, de indicadores para la operacionalización del estudio de las desigualdades en salud.

Un indicador de uso tradicional es el de mortalidad. Hace casi cuatro décadas, los trabajos de Puffer y Serrano (1965) señalaron los problemas de calidad en los registros de mortalidad en los países de América Latina. Si bien los mismos han mejorado desde entonces, muchas observaciones de aquella investigación multicéntrica mantienen total vigencia. Basta para ello, incursionar por ejemplo, en la búsqueda de información donde la misma es generada y comprobar, la inconsistencia de la fuente primaria, que es con la cual en el circuito oficial se construye la información que publica el país y con posterioridad reproducen los Organismos Internacionales o se construyen complicados índices. También es común acordar entre investigadores, por ejemplo, sobre el subregistro de mortalidad infantil o la clara manipulación del denominador y/o el numerador para que las tasas mantengan una tendencia que no irrite al funcionario de turno. Estos análisis nada tienen de nuevo y vienen siendo observados desde hace décadas (Escudero, 1981).

Ruth Puffer en su investigación 'Estudio de múltiples causas de defunción', afirma: "Al utilizar los datos de la Investigación Interamericana de Mortalidad, se concluye que las historias clínicas y las autopsias aportan más conocimientos que los certificados de defunción" (1970:93). A pesar de lo anterior, seguimos utilizando los certificados de defunción como fuentes de información para construir indicadores que son tomados como verdades reveladas. El problema no se limita a la mortalidad, tampoco esto último es nuevo. A fines de 1930, el Dr. Tiburcio Padilla, un médico clínico muy prestigioso en Argentina y ligado a los sectores más conservadores de la sociedad, realizaba la siguiente afirmación referida a las enfermedades infecciosas:

> Sería necesario el cumplimiento de la ley de denuncia obligatoria de las enfermedades transmisibles. Esta ley tan previsora, existente en todos los países cultos del mundo, debiera denominarse Ley Aráoz Alfaro, por ser él quien la ideó. A mí me queda el mérito de haber conseguido su sanción por el Congreso Nacional el año 1935. Los que han ocupado la Dirección de Salud Pública desde esa época son los responsables legales de su falta de vigencia y los responsables morales de las muertes por enfermedades transmisibles ocurridas desde aquel entonces. Para combatir eficazmente a cualquier enemigo, lo primero que se debe hacer es conocerlo. Y las autoridades sanitarias argentinas no conocen dónde, en qué número y con qué gravedad, ocurren las enfermedades infecciosas en el país. (Padilla, 1949:190-191).

Resulta muy difícil, al menos en nuestro país, asignarle a la frase anterior ubicación en la historia de la medicina y no reconocer su total vigencia, es decir que –al menos en Argentina– se desconoce el 'dónde' y el 'cuántos' de la gran mayoría de los procesos de morbilidad.

No obstante, las evidencias científicas acumuladas acerca de los problemas de registro, la calidad de los mismos y del esfuerzo de muchos trabajadores de la salud de diferentes niveles por solucionarlos, las estadísticas en salud siguen padeciendo los viejos problemas. La secuencia: datos - información - conocimiento - decisiones, está rota, o mejor dicho, casi nunca pudo enlazarse como tal, permaneciendo cada nivel como un círculo independiente con baja o nula interrelación entre ellos. Es evidente que el sistema de estadísticas de salud requiere una radical transformación. Algunos proponen complementarlo con encuestas de salud (en general muy costosas).[4] En tanto, en muchos países de América Latina se siguen comprando y/o diseñando costosos programas y/o equipamientos informáticos como si el problema del Sistema de Información fuera sólo un problema de traslado y procesamiento de datos.

Es común acordar que el análisis de los Sistemas de Información en salud presenta viejos y conocidos problemas que se repiten de una zona a otra, de un país a otro.[5] La caracterización anterior, ¿es un problema de reciente identificación? El Seminario sobre Sistemas Nacionales de Información Sanitaria organizado por OPS en Washington del 5 al 9 de febrero de 1979 acordó que los impedimentos de los Sistemas de Información en Salud más frecuentes eran: a) escasez de técnicos y demás personal capacitado para la organización de sistemas de información sanitaria; b) cobertura demográfica, geográfica y administrativa insuficiente de los sistemas; c) insuficiente coordinación entre instituciones en todas las etapas del proceso, agravada por la autonomía de algunos elementos del sector de salud; d) falta de una tecnología apropiada para el registro, el acopio y el tratamiento de datos; e) frecuente falta de cursos de formación básica y de perfeccionamiento para el personal que hace funcionar o utiliza los sistemas nacionales de información sanitaria y f) escasa participación de los usuarios en el desarrollo y mantenimiento del proceso (OMS, 1979).

---

[4] El Dr. Carlos Ferrero realizó en la Argentina una encuesta nacional de salud entre 1964 y 1968 y vale la pena detenerse a leer su reflexión sobre dicha tarea: “Demandó un esfuerzo enorme llevarla adelante durante la gestión de Onganía. Para hacerme cargo del trabajo puse como condición que no hubiera ninguna intervención política. La encuesta fue muy importante pero después fue destruida y se transformó en un gasto inútil. Mucho después reconocí que esa encuesta era una burbuja suspendida en el aire porque si un instrumento de esa naturaleza no está amarrado a los procesos de decisión política, no tiene sentido, es una sofisticación intelectual que no sirve para provocar cambios” (...) “Ese estudio permitió arribar a conclusiones importantes. Consistía en una entrevista social, un examen físico, radiológico y electrocardiográfico. Logró terminarse en las provincias de Buenos Aires, Mendoza, Córdoba y en la ciudad de Rosario. La información del resto del país quedó en cintas de computadora, pero desapareció” (Veronelli & Testa, 2002:121). Mas allá de que hoy, los contenidos de una encuesta son distintos, creo que los problemas que señala Ferrero tienen total vigencia y no siempre son evaluados al momento de realizar encuestas de salud.

[5] Son múltiples las caracterizaciones acerca de los problemas de los sistemas de información en salud, entre los más relevantes encontramos: a) problemas relacionados con la utilización de las más variadas formas de captura -papel o diferentes formatos digitales, cuando esto es posible– que originan, en muchos casos, la imposibilidad práctica de sistematizar la información y disponerla, en tiempo y forma. Lo paradójico es que esa información existe, pero se encuentra atrapada en distintos formatos de números y letras, o volcadas en kilos de papel, que no permiten descubrir todas las oportunidades e identificar mejor los problemas; b) diversas fuentes de carga: sin procesos normatizados de actualización y mantenimiento que originan inconsistencias; c) existencia de datos disímiles respecto a un mismo tema o sector de actividad, o más de un significado posible, referido al mismo dato, que generan diferentes interpretaciones y/o distintos enfoques de solución; d) falta de estandarización: los datos de una misma persona cargados de diferentes formas, la progresiva desactualización por falta de mantenimiento de los datos, la existencia de registros/catastros asistemáticos que presentan incapacidad de identificar en forma unívoca y cierta a la población (Paglialunga & Spinelli, 2003).

En el año 1999, 20 años después, comenzó a ejecutarse en la Argentina el programa Vigi+A con financiamiento del Banco Mundial. Entre sus objetivos principales se encuentran el fortalecimiento de la epidemiología y la vigilancia epidemiológica. En la fase previa a la implementación del programa, se realizó una caracterización de los sistemas de información en salud donde se afirma:

> Luego de un análisis exhaustivo del Sistema Nacional de Vigilancia, que incluyó una encuesta nacional a los directores de epidemiología, un taller nacional con los jefes de epidemiología jurisdiccionales y visitas de evaluación a seis provincias del país, se detectaron las fortalezas y debilidades de los mismos, así como las necesidades que existen para un adecuado funcionamiento. Del análisis efectuado surgen como necesidades: a) el grado de capacitación del personal en el nivel nacional y los diferentes niveles provinciales es sumamente variable en cuanto a salud pública, epidemiología y gerencia; b) se requiere incrementar la cobertura del sistema ya que sólo un 40% de los establecimientos del sector público y casi el 100% de los del sector privado y de las obras sociales no están incorporadas; c) los recursos materiales, de equipo, comunicaciones, logísticos y financieros son insuficientes para el desarrollo de las funciones a nivel nacional y en la mayoría de las provincia; d) escaso análisis epidemiológico y diseminación con la consecuente insuficiente utilización de la información en todos los niveles del sistema; e) existe una red de comunicación, que resulta insuficiente para que permita automatizar la captura, procesamiento y explotación de la información; f) las actividades de supervisión, evaluación y asesoría en el área de epidemiología y vigilancia epidemiológica de los distintos niveles no son sistemáticas. (VIGI+A, 1998)

En síntesis, es poco lo que ha cambiado en 20 años en los Sistemas de Información para la Salud, y no por falta de diagnósticos. Los recursos financieros destinados a tecnologías de información, en muy alto porcentaje de organismos internacionales aplicados a los más diversos programas y acciones, han engrosado la ya abultada deuda externa sin mostrar los beneficios esperados. Aun cuando los datos existen, sucede que no han sido debidamente evaluados o están desactualizados y por lo tanto son de dudosa validez. Al respecto basta realizar un análisis de calidad, de los registros y/o estadísticas de los organismos públicos nacionales, provinciales y municipales para comprobar que –con algunas excepciones– cumplen con lo antedicho.

La información no debe ser una cuestión privativa de 'los informáticos'; es una parte indisoluble de los productos/servicios que se ofrecen a la población y, en consecuencia, el decisor político en primer lugar debe ocuparse de su disponibilidad y calidad (Paglialunga & Spinelli, 2003). En ese sentido, el concepto de información queda ligado íntimamente al ejercicio de la ciudadanía. Esos no son problemas que se resuelven con más o menos aritmética, se trata como señala Mario Testa, de "Pensar en salud" (1993). Por lo tanto, no se puede seguir intentando resolver problemas de conocimientos con más información, sin cuestionar esos conocimientos y la relación entre información y conocimiento. El cuestionarlos significa pensar los problemas. La misma complejidad que buscamos en los indicadores debemos buscarla en los conceptos para evitar que lo funcional desplace a la poiesis bajo la forma de su anulación, lo cual se sostiene desde la heteronomía del pensamiento único (Castoriadis, 2001).

Tesis III: Nuevos y más Indicadores que Relacionen Condiciones de Salud y Desigualdades Sociales ¿Para Qué?

Los países de América que desde hace años presentan mejores indicadores de salud y desempeño de sus sistemas son Canadá, Chile, Costa Rica y Cuba. Los tres últimos no son potencias económicas. Situaciones como las anteriores son señaladas por Amartya Sen como un cuestionamiento a las tesis que por décadas fueron esgrimidas como verdades reveladas, en el sentido de que un país subdesarrollado no puede permitirse ningún gasto en salud ni en educación mientras no sea más rico y financieramente sólido (Sen, 1996).

Veamos con más detalle la relación entre la teoría del desarrollo y los indicadores de uso común en el campo sanitario. Tradicionalmente, el sector Salud trabajó y trabaja con metas negativas, centradas en la enfermedad y la muerte, y su relación con indicadores económicos ligados a la lógica de las teorías del desarrollo tales como el Producto Bruto Nacional, la Tasa de Crecimiento Económico; el Ingreso *per capita* etcétera. La relación entre indicadores económicos e indicadores sanitarios fue y es tomada como indicador de salud y bienestar, a pesar de las críticas que reciben desde hace años por su escasa confiabilidad (Nussbaum, 1996). Sostener esta relación no es fortuito, sino que se relaciona con el modelo de crecimiento que a partir de las teorías del desarrollo, priorizó la acumulación del capital en América Latina, entendiendo que en ello se daba respuesta a la situación de subdesarrollo. El bienestar se evaluaba por el consumo, el crecimiento y la inversión.

En todo ello no hubo espacio para lo que Bourdieu denomina capital social y capital cultural (Bourdieu, 1988). Es entendible, eran tiempos de duro estructuralismo y no había espacio para los sujetos. Sen señala que la teoría del desarrollo plantea un bienestar sin sujeto. Esa lógica está centrada en la posesión de bienes sin preocupación por los fines que permiten su posesión (concepción utilitarista). Se instala así el bienestar del consumo –con sus gustos ofensivos y gustos caros–, afirma Sen (2001), basado en J. Rawls. Ante todo ello, Sen contrapone evaluar el bienestar por las realizaciones que permiten al individuo el ejercicio de su libertad. Ningún indicador de bienestar de los usados por el sector Salud señalan los niveles de libertad que el sujeto experimenta como hecho vital. Es indudable que Sen cambia el eje de la lógica y la concepción del sujeto. Por lo tanto, la lógica del bienestar deja de estar relacionada de manera unívoca con la incorporación de bienes, para centrarse en la búsqueda de condiciones que permitan a los sujetos individuales y/o colectivos potenciar sus capacidades de realización, las que no necesariamente se encuentran siempre en el campo de los bienes de consumo[6] (Sen, 1992, 1996, 1997, 2001). Estas ideas llevan a Sen a plantear el tema de la salud como un tema de equidad (2002a, 2002b).

[6] Sen hará un juego de siglas y propondrá pasar de BLAST a GALA, usando para ello dos frases históricas de Inglaterra, una referida a Winston Churchill "Blood, sweat and tears" (sangre, sudor y lágrimas) con la que construye la sigla BLAST y la otra frase que corresponde a los Beatles, "Saldremos adelante con una ayudita de los amigos" "Getting by, with a little assistance" (salir con una pequeña asistencia) con la que arma la sigla GALA. En el cambio, propone salir de una cultura cruel de sufrimiento, instalada por el desarrollo (que debemos reconocer recibe no poca influencia de la cultura judeocristiana) por una cultura amigable basada en la cooperación de los individuos. En ello, Sen no deja de reconocer los aportes de BLAST pero se inclina por GALA (Sen, 1998) y ahí apuesta a las subjetividades y escapa de la lógica estructural.

¿Cual es el interés de las personas?, ¿vivir más y vivir mejor o vivir mejor y más? Se las ha consultado poco. Se confunde vivir con sobrevivir y se concibe como un éxito de la humanidad el que se viva más, sin preguntarse si ello significa vivir mejor (Campos, 2002). En esta lógica, Kronos vence al deseo y en esa batalla el sujeto es derrotado, cosificado como objeto del tiempo.

Los indicadores sanitarios actuales permiten su universalización a cambio de resignar una pérdida muy importante de la posibilidad de su interpretación, más allá de su dimensión cuantitativa. Esa lógica, extrapolada al intento de medir calidad de vida, no sirve. A pesar de la obviedad de lo anterior, la tecnoburocracia social y sanitaria insiste en la búsqueda y aplicación de indicadores universales relacionados con la calidad de vida.

En los últimos años, como ya señalamos, han prosperado las publicaciones sobre la cuestión de la desigualdad y equidad en salud en el mundo anglosajón (Black et al., 1982; Whitehead, 1988; Evans et al., 2002) y en los organismos internacionales (Cepal-OPS, 1997; Cepal, 2000; OPS, 2001, 2002a). No pocas de esas publicaciones toman como objeto el tema de los indicadores (OPS, 2002b). También en la literatura latinoamericana de los últimos años encontramos publicaciones que abordan el problema de las condiciones de vida y salud (Kadt & Tasca, 1993; Barata, 1997) y el tema de los indicadores (Akerman, 1997; Dachs, 2001). Es muy vasto lo publicado, al punto que podríamos afirmar que en varios textos se puede identificar lo necesario y suficiente para el estudio, y las intervenciones en la problemática de las inequidades en salud. Las herramientas metodológicas para el estudio de la relación entre condiciones de salud y condiciones de vida superan ampliamente a las evidencias empíricas de la eficacia de su aplicación para revertir tal situación. No pocas veces, desarrollos basados en la estadística inferencial pretenden resolver lo que la estadística descriptiva señala como si fuese responsabilidad de la misma la persistencia del problema. Mientras el mundo del 'debe ser' desborda en publicaciones, el mundo de lo hecho se circunscribe a modestas demostraciones con más validez académica que impacto en las condiciones de vida de los conjuntos sociales que soportan las situaciones de desigualdad. Lo anterior alcanza tal preponderancia, que por momentos pareciera que la ciencia estuviese preocupada por averiguar el beneficio de ser pobre.

Es en el espacio de lo local donde la gran mayoría de los trabajadores de salud de América Latina son 'actores en situación'. No es ése, en general, el nivel que abordan los estudios sobre desigualdades que se publican, sino por el contrario, son investigaciones a nivel de regiones y/o países, escenarios donde los trabajadores de la salud se convierten en espectadores (Spinelli et al., 2002). Es necesario reflexionar sobre la preocupación en la construcción de indicadores sobre desigualdad. Es cierto que la epidemiología perdió por un buen tiempo la cuestión social del PSEA, pero las técnicas de georreferencia y los estudios ecológicos, por citar sólo algunas de las técnicas y/o estudios disponibles, bien pueden colaborar en las acciones para el combate a la pobreza si hay decisión política y recursos económicos para hacerlo (Spinelli et al., 2000). Esta tarea no requiere de nuevos indicadores –o por lo menos no son prioritarios–, no se depende de ellos para saber ¿qué y dónde hacer? (Dachs, 2001; Castillo Salgado, 2002). El problema es que, salvo contadas excepciones, no se tienen recursos, no hay decisión política ni

tampoco apoyo político. Esto ya no es un problema de indicadores. La lógica de no buscar, para no encontrar, lleva años de inserción institucional.

Poco han conseguido más de 40 años de sistemas de información en salud, censos y encuestas, si la pobreza fuera una cuestión a resolver por ciertas técnicas o por el conocimiento preciso de su dimensión numérica. Pareciera necesario recordar que ni su estudio ni su denuncia resuelven las desigualdades. Es necesaria una praxis sobre desigualdades en salud que evite reificarlas como nuevo objeto de cientificidad. Una praxis que supere el paradigma moralista que apela a la ética como bien único y universal pretendiendo la resolución de las desigualdades por su sola enunciación, casi una acción exorcista más que un acto racional. Frente a lo anterior, son necesarias búsquedas centradas en praxis que devuelvan a la salud su carácter de derecho.

El problema de la relación condiciones de salud/desigualdades sociales no tiene sus nudos críticos en la necesidad de nuevos indicadores. En nuestra experiencia, en situaciones de responsabilidad de gestión para dirigir acciones sobre los grupos más desfavorecidos, encontramos más dificultades en el campo de los modelos de atención, de gestión y de financiamiento que en el de la epidemiología y los indicadores. Se sabía quiénes eran y dónde estaban, pero los problemas no estaban allí, o sólo allí. Los obstáculos estaban en el campo de las capacidades de gobiernos, de los actores, de los intereses, de las debilidades institucionales y/o de la crisis de los modelos representativos de nuestras democracias.

Es necesaria una acción que una 'el medir' y 'el hacer'. Ello requiere de una conjunción de la epidemiología, la gestión y las políticas que den sentido y direccionalidad a la decisión de disminuir las desigualdades. No estamos frente a un problema por falta de indicadores: es por falta de recursos, por falta de decisión política y cuando la hay, no pocas veces convive con incapacidad de llevarla a cabo (más allá del progresismo explicitado por funcionarios y/o trabajadores). Cuando está presente el instrumental de la epidemiología, es suficiente para tener un impacto de alta trascendencia en los temas específicos del PSEA con el simple apoyo a los trabajadores del primer nivel de atención, cuando éstos se identifican con su tarea.

El razonamiento anterior no sería suficiente si estuviéramos buscando un indicador que nos permitiera saber cuál es el 'nivel óptimo de marginalidad y pobreza' para focalizar las acciones. ¡Para eso sí, son necesarios más y nuevos indicadores! Pero se debe explicitar que es para ello, para que las políticas se focalicen, y aceptar que la pobreza y la marginación se han instalado de manera estructural y que con ellas debemos convivir porque en cierta manera se trata de un hecho natural. Esto no puede obviarse en la discusión, ya que indica una clara posición frente al problema y a la necesidad o no de nuevos indicadores para medir las inequidades.[7]

[7] La dicotomía que se presenta entre políticas universales y focales encuentra, a nuestro entender, su síntesis superadora en el trabajo con base territorial donde el conocimiento de las poblaciones permite romper con la lógica neoliberal de apoyo a la focalización, basada, con fundamentos, en la crítica a la eficiencia de las políticas universales.

Tesis IV: El Concepto de Equidad Resulta Insuficiente para Abordar la Situación de Exclusión, Cada Vez Mayor, de Importantes Sectores de Nuestras Sociedades

Es muy diferente pensar indicadores de condiciones de vida y situación de salud en sociedades del primer mundo donde los índices de niveles de pobreza son menores a dos dígitos y pueden ser impactados desde las políticas sociales, que pensarlas en nuestros países donde casi la mitad de la población está por debajo de la línea de pobreza, y de ella, el 50% está en condiciones de exclusión social (indigentes).[8] El concepto de equidad fue desarrollado en países centrales como efecto compensador de la salida de las políticas universalistas de los modelos de Estado benefactor. Esa no es la situación de nuestras sociedades, por lo tanto el concepto de equidad debe ser problematizado y contextualizado en esta realidad.

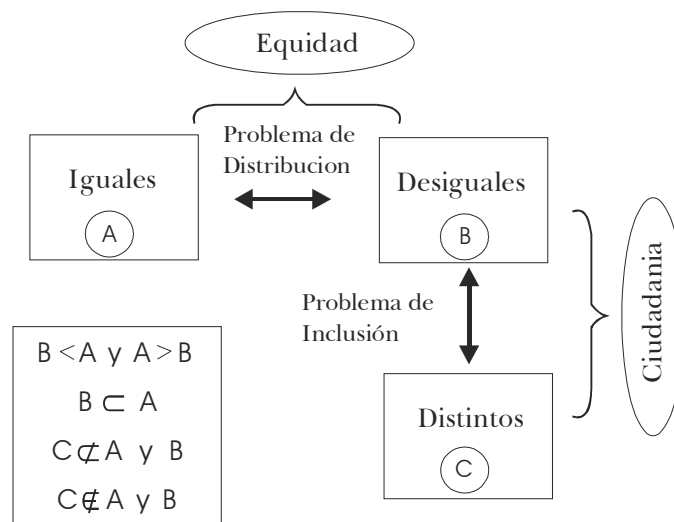
Nos preguntamos ¿se puede hablar de disminuir inequidades en sectores que están excluidos socialmente? El concepto de inequidad remite a una desigualdad injusta (Whitehead, 1991). Si analizamos el concepto de desigualdad, podríamos decir que la existencia del mismo es posible en la medida que se pueda reconocer una situación diferente, la de igualdad, donde ambos conceptos –igualdad y desigualdad– guardan relación porque hay posibilidad de compararlos en función de una situación común, hay una pertenencia, ejercicio de la ciudadanía en un Estado, y es esa pertenencia la que los hace desiguales y no distintos.[9] En esa lógica, inscribimos nuestra posición en la cuestión equidad/inequidad. Las políticas de equidad tratan de reducir la brecha entre pobres y ricos en una sociedad en la cual ambos ejercen de manera diferenciada el derecho de ciudadanía. En esa situación, ambos pertenecen a un Estado, en tanto son identificados como ciudadanos de una sociedad, y es ese Estado el que les reconoce en tanto ciudadanos de una sociedad, identidad para ser comparados. No se puede extrapolar esa misma lógica cuando se trata de excluidos, ya que esa misma categoría los define como no pertenecientes, como fuera de ese Estado. Él no los reconoce, porque no pertenecen. Les niega identidad, les niega su condición de ciudadanos. Lo anterior es tan real que no pocas veces no figuran en las estadísticas oficiales de diferentes ministerios. Entonces, es incorrecto pensar en términos de políticas de equidad cuando nos referimos a los excluidos, porque ellos no presentan una desigualdad injusta, sino que son distintos. Injustamente distintos, no pertenecen.[10]

[8] Durante los años 90, la Argentina, fue señalada como "ejemplo" del modelo neoliberal, reconocimiento que logró siguiendo los dictados del Consenso de Washington y alcanzando a partir de la ejecución de dichos principios, un deterioro social de sus habitantes casi sin equivalencias en la historia. Así, mientras en la década del 70, el 5% de los hogares vivía por debajo de la línea de la pobreza, esa cifra llega al 12% en los 80, logra superar el 30% en octubre de 1998, y a fines del 2002, llega al 57,5% de personas viviendo por debajo de la línea de la pobreza, con más de la mitad en la condición de excluidos. En clara relación con lo anterior, el mercado de trabajo presenta una tendencia a la disminución de los ocupados plenos con un incremento de los subocupados y desocupados. En la actualidad, las condiciones estructurales de la economía argentina configuran una situación en la cual sólo seis de cada diez activos acceden a un empleo pleno, dos están subempleados y el resto desocupado.

[9] El uso del término distinto no implica una connotación discriminatoria.

[10] La única inserción se da, en cada vez más países y regiones, a través del narcotráfico que genera Estados dentro de Estados, esa lógica lleva indefectiblemente a la desintegración social.

No es posible, por lo tanto, compararlos. Una política social basada en la equidad, debe proponer primero incluirlos para reconocerlos, darles identidad de ciudadanos frente al Estado, y luego poder pensar en términos de equidad. Es decir, primero hay un problema de inclusión, y de identidad y luego de inequidad (Figura 1).

Figura 1 - Esquema conceptual de iguales, desiguales y distintos[11]

Fuente: elaboración propia.

A Manera de Conclusión

En términos epidemiológicos podríamos afirmar que habría que trabajar sobre la base de una epidemiología de la identidad[12] (centrada en sujetos) y no sólo en una epidemiología de la desigualdad, que no pocas veces los reduce a la condición de objetos. El pasar de una lógica de estudios de las desigualdades a una de estudio de las identidades, nos debería permitir avanzar en explicaciones-interpretaciones de los complejos procesos relacionales que subyacen detrás de lo que objetivamos como desigualdades y/o exclusiones. Sin por ello caer en el reduccionismo de la resiliencia, que con una lógica de factores nos vuelve a colocar al inicio de las discu-

[11] <: menor; > mayor; está incluido ⊂ ; no está incluido ⊄ ; ∉ no pertenece.

[12] Esta idea es producto de un comentario de Mario Testa en la defensa de la tesis de Marcelo Urquía, *La Epidemiología frente a la Dimensión Sociocultural.* El desarrollo de la misma la ligamos a la posibilidad de recuperar las historias individuales y/o colectivas como parte sustancial del proceso epidemiológico, desligando a la epidemiología del estudio exclusiva de factores "pegados" a las personas y/o conjuntos sociales.

siones de 'los usos' de la epidemiología (Ayres, 1997). Una epidemiología de la identidad debiera revertir la lógica que instala Bentham sobre la información a partir del paradigma del panóptico y que bien sintetiza Foucault en la frase: "Objeto de una información, jamás sujeto en una comunicación" (1989:204).

En el estudio de las desigualdades, no pocas veces surge lo obvio: 'los pobres se enferman y mueren más que los ricos' y 'cuanto más pobres, más se enferman y mueren'. Otras veces, las publicaciones logran avanzar y demostrar cómo en las sociedades muy desiguales (desde lo económico) y con bajo capital social, los 'más ricos' se enferman y mueren más que los 'más ricos' de sociedades menos desiguales (Subramanian & Kawachi, 2004; Kennedy, Kawachi & Prothrow-Stith, 1996; Kennedy et al., 1996).

La década de reformas estructurales en América Latina surgida a partir del Consenso de Washington generó más desigualdades sociales que las décadas de sustitución de importaciones. Parece que la Reforma, deforma. Ni la copa de champagne rebalsó y alcanzó a los pobres, ni la Reforma 'reformó' la situación de los mismos. Entre champagne y reformas, los pobres se acumulan en América Latina preguntando cuando dejarán de golpear a sus puertas –cuando las tienen– para averiguar qué tan pobres son.

En el problema del estudio de desigualdades/exclusión está en juego la tensión de aceptar la exclusión como un factor y/o característica individual o de conjunto, que limita su inserción en el mercado (exclusión como componente económico) o que niega ciudadanía (privación de derechos civiles, sociales y políticos y por ende exclusión sociopolítica) (Fleury, 1998). Esa discusión se ve también reflejada en el interior de los estudios de equidad en salud, donde está instalada la misma polémica de si los problemas de inequidad deben ser 'medidos' a nivel individual (atributos personales) o colectivos (socioculturales) (Asada & Heemann, 2002). Estas discusiones no son menores, ya que están definiendo la direccionalidad de las investigaciones y de las políticas, es decir, si las mismas se enfocan sustancialmente a los fenómenos o a las situaciones que las originan y mantienen.

La construcción de ciudadanía es 'el nuevo indicador' que necesitamos, si es que necesitamos alguno, y no es posible construirlo sin inclusión, sin empleo. La nueva cuestión social ya no remite a las viejas formas de explotación (Rosanvallon, 1995). Por ello, para abordarla se debe partir de una fuerte apuesta a la construcción de ciudadanía. En ese proceso, además, hay que transformar las innumerables situaciones de trabajo que la sociedad tiene en su conjunto: algunas provienen de cambios en los modelos de atención del sector Salud, en nuevos empleos. Proceso que, entre tantas tareas pendientes, permita romper con la sinonimia entre atención médica y condiciones de salud.

Al inicio del texto señalamos el paso de la Ilustración al progreso en tanto voluntad. Dicha situación se visualiza en no pocos proyectos que 'buscan soluciones' basadas en nuevos indicadores y/o rediseño de los sistemas de información. Estos programas y acciones, meritorios a

veces por sus intenciones, obvian las limitaciones que se vienen señalando desde hace décadas acerca de los indicadores de salud y los sistemas de información. Esta crítica no significa desconocer su importancia, sino contextualizar su utilización. La era de la información desencadenó una acción compulsiva hacia la construcción de datos y sistemas de información bajo el halo protector de sistemas informáticos cada vez más potentes (Moraes de Sozzi, 1993). El fantasma de Flexner se resiste a abandonar la escena. La era de las luces y del progreso aún continúa entre nosotros y, entre fantasmas y luces, los pobres abrumados por 'el progreso' asisten a la pauperización estructural de sus vidas y a la desculturalización de sus historias. Hechos que se sinergizan en potenciar la pobreza y exclusión que es objeto de estudio, y que a su vez, se pretende simplificar de una manera que opaca la complejidad de situaciones que abarca.

El desafío, a nivel de los trabajadores de la salud está en devolverle al PSEA el carác-ter de proceso social. Ello requiere un pensa-miento crítico, es decir una praxis transformadora, ya que mientras el sector Salud siga enfrentando a las desigualdades como 'un problema sanitario', sin que ello signifique el sentirse involucrado en revisar sus propias concepciones teórico-ideológicas que 'lo colocan' como sector técnico frente al problema, su acción estará destinada al fracaso y al control social. Esa compleja situación fue/es disimulada tras la apariencia de una ciencia médica sólida y sin cuestionamientos, donde las desigualdades aparecen como objeto de 'nuevas' prácticas y/o discursos.

Referencias Bibliográficas

AKERMAN, M. Metodología de construção de indicadores compostos: um exercicio de negociação intersetorial. In: BARATA, B. *Condições de Vida e Situação de Saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997.

ALLEYNE, G. La equidad y la meta de Salud para Todos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5/6):291-296, mayo-jun. 2002.

ANAND S. et al. Medición de las disparidades de salud: Métodos e indicadores. In: EVANS, T. et al. *Desafío a la Falta de Equidad en la Salud: de la ética a la acción*. Washington: Fundación Rockefeller, OPS. (Publicación científica y técnica, 585)

ASADA, Y. & HEEMANN, T. A problem with individual approach in the WHO Health Inequality Measurement. *Internacional Journal for Equity in Health*. www.equityhealthj.com/content/1/1/2. 2002.

AYRES, R. *Sobre o Risco: para compreender a epidemiologia*. São Paulo: Hucitec, 1997.

BARATA, B. *Condições de Vida e Situação de Saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997.

BERLINER H. 1975. A larger perspective on the Flexner Report. *International Journal Health Services*, 5 (4):573-592, 1997.

BIALET-MASSÉ, J. Informe Bialet-Massé sobre el Estado de las Clases Obreras Argentinas a Comienzo del Siglo. Buenos Aires: Biblioteca Política Argentina, Centro Editor de América Latina, 1985. 3 tomos.

BLACK D. et al. *Inequalities in Health: the black report*. New York, London: Penguin, 1982.

BOURDIEU, P. *Cosas Dichas*. Barcelona: Gedisa, 1988.

BREILH, J. Eugenio Espejo: la otra Memoria. Nueva lectura de la historia de las ideas científicas. Cuenca: Atlántida, 2001,

CAMPOS, G. *Gestión en Salud: en defensa de la vida*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2002. (Salud colectiva)

CASTEL, R. *La Metamorfosis de la Cuestión Social: una crónica del asalariado*. Buenos Aires: Paidós, 1997.

CASTELLANOS, P. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. In: BARATA, B. *Condições de Vida e Situação de Saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997.

CASTILLO SALGADO, C. Medición de las desigualdades de salud: introducción. *Revista Panamericana de Salud Pública* (número especial sobre la medición de las desigualdades de salud) 12(6):371-372, dic. 2002.

CASTORIADIS, C. Imaginario e imaginación en la encrucijada. In: CASTORIADIS, C. *Figuras de lo Pensable*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2001.

CEPAL. Equidad, Desarrollo y Ciudadanía, Naciones Unidas. Santiago: Cepal, 2000.

CEPAL-OPS. *Salud, Equidad y transformación Productiva en América Latina y El Caribe*. Cidade: Cepal, OPS, 1997. (Cuadernos técnicos, 46)

DACHS, N. Inequidades en salud: cómo estudiarlas. In: Restrepo, H. & Málaga, H. *Promoción de la Salud: ¡cómo construir vida saludable!* Bogotá: Editorial Médica Panamericana, 2001.

ESCUDERO, J. Sobre mentiras y estadísticas de salud en América Latina. *Revista Latinoamericana de Salud*, (1):105-118, 1981.

EVANS T. et. al. *Desafío a la Falta de Equidad en la Salud: de la ética a la acción*. Washington: Fundación Rockefeller/OPS, 2002. (Publicación científica y técnica, 585)

FLEURY, S. *Política Social, Exclusión y Equidad en América Latina*. Trabajo presentado en el Seminario sobre Política Social, Exclusión y Equidad en Venezuela durante los años 90 Balance y Perspectiva, Caracas, mayo 1998.

FLEXNER, A. Medical education in the United States and Canada, bulletin num. 4, New York, USA, Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, pp. 346. 1910.

FOUCAULT, M. Vigilar y Castigar: nacimiento de la prisión. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 1989.

GADAMER, H. *El Estado Oculto de la Salud*. Barcelona: Gedisa, 1993.

GARCÍA, J. 1848: Nacimiento de la medicina social. Conferencia en Río de Janeiro, 1974. In: *Pensamiento Social en Salud en América Latina*. México, D. F.: Interamericana McGraw-Hill, Organización Panamericana de la Salud, 1994.

INSTITUTE OF MEDICINE. Undestanding population health and Its determinants. *The Future of the Public's Health in the 21st Century. The National Academies Press*, 2003.

KADT, E, & TASCA, R. *Promovendo a Eqüidade: um novo enfoque com base no setor da saúde*. São Paulo: Hucitec, 1993.

KENNEDY, B. P.; KAWACHI, I. & PROTHROW-STITH, D. Income distribution and mortality: cross-sectional ecological study of the Robin Hood Index in the United States. *British Medical Journal*, 312: 1.004-1.007, 1996. See also erratum: *British Medical Journal*, 312:1.253, 1996.

KENNEDY B. P. et al. Income distribution, socioeconomic status, and self-rated health: A US multi-level analysis. *British Medical Journal*, 317:917-921, 1996.

LILIENFELD, A. & LILIENFELD, D. *Fundamentos de Epidemiología*. México: Addison-Wesley Iberoamericana S.A., 1976.

MENÉNDEZ, E. Mortalidad en México: a preguntas simples ¿sólo respuestas obvias? *Cuadernos Médico-Sociales*, (46):53-64, 1988.

MORAES DE SOZZI, I. Informações em Saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1993.

NUSSBAUM, M. & SEN, A. *La Calidad de Vida*. México: Fondo de Cultura Económica, 1996.

OMS. Seminario sobre Sistemas de Información Sanitaria. *Crónica de la OMS*, 33:382-386, 1979.

OPS. *Programación y Salud Pública. Programación de la Salud*. Washington: OPS, 1965. (Publicación científica, 111)

OPS. Equity and Health: views from the Pan American Sanitary Bureau. Washington: OPS, 2001. (Occasional publication, 8)

OPS. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5/6), mayo-jun. 2002a.

OPS. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 12(6), dic. 2002b.

PADILLA, T. *Lo que Deben Saber el Hipertenso, el Reumático, el Cardíaco*. Buenos Aires: El Ateneo, 1949.

PAGLIALUNGA, A. & SPINELLI, H. Los gobiernos son lo que saben. *Actuar Políticas Públicas*, año 2(2), jun. 2003.

PUFFER, R. Estudios de múltiples causas de defunción. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 69(2):93-111, 1970.

PUFFER, R. & SERRANO, C. Investigación internacional colaborativa sobre mortalidad. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 43(1):1-16, enero 1965.

ROSANVALLON, P. *La Nueva Cuestión Social: repensar el Estado providenc*ia. Buenos Aires: Manantial, 1995.

ROSEN, G. Individuos enfermos y poblaciones enfermas. In: BUCK CAROL et al. El Desafío de la Epidemiología, Problemas y Lecturas Seleccionadas. Washington: OPS, 1988. (Publicación científica, 505)

ROSEN, G. *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo: Hucitec, 1994.

SEN, A. *Inequality Reexamined*. London: Oxford Clarendon Press, 1992.

SEN, A. Capacidad y bienestar. In: NUSSBAUM, M. & SEN, A. *La Calidad de Vida*. México: Fondo de Cultura Económica, 1996.

SEN, A. *La Desigualdad Económica*. México: Fondo de Cultura Económica, 1997.

SEN, A. *La Desigualdad Económica*. México: Fondo de Cultura Económica, 2001.

SEN A. ¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5/6), mayo-jun. 2002a.

SEN, A. *Equidad en la salud: perspectivas, mensurabilidad y criterios. Desafío a la falta de equidad en la salud. De la ética a la acción*. Washington: Fundación Rockefeller, OPS, 2002b. (Publicación científica, 585)

SHRYOCK, R. The history of quantification in medical science. In: WOOLF, H. *Quantification: a history of the meaning of measurement in the natural and social sciences*. New York: Bobbs Merril, 1961.

SIGERIST, H. *Hitos en la Historia de la Salud Pública*. México: Siglo XXI, 1981.

SPINELLI, H. et al. *Mortalidad Infantil, un Indicador para la gestión Local: análisis de la mortalidad infantil de la provincia de Buenos Aires en 1998*. Buenos Aires: OPS, OMS, 2000. (Publicación 51)

SPINELLI H. et al. *Equidad en Salud: teoría y praxis*. Buenos Aires: Cedes, 2002. (Seminarios Salud y Política Pública)

SUBRAMANIAN, S. V. & KAWACHI, I. Income inequality and health: what have we learned so far. *Epidemiologic Reviews*, 26:78-91, 2004.

SUSSER et al. *Conceptos y Estrategias en Epidemiología. El Pensamiento Causal en las Ciencias de la Salud*, México: FCE, 1973.

TESTA, M. *Pensar en Salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1993.

TOURAINE, A. *Crítica de la Modernidad*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina, 1994.

VERONELLI, J. & TESTA, A. *La OPS en Argentina: crónica de una relación centenaria*. Buenos Aires: OPS, 2002.

VIGI+A (Programa Vigi+A, Ministerio de Salud de la Nación - Pnud ARG 98/003), 1998. www.direpi.vigia.org.ar

WHITEHEAD, M. *The Health Divide: inequalities in health*. London: Penguin, 1988.

WHITEHEAD, M. *Los Conceptos y Principios de la Equidad en la Salud*. Washington: Centro de Documentación e Información, Programa de Desarrollo de Políticas de Salud, OMS, dic. 1991.

18. DETERMINANTES SOCIAIS E ECONÔMICOS DE DESIGUALDADES EM SAÚDE NA AMÉRICA LATINA E NO BRASIL

José Norberto Walter Dachs
Alexandra Bambas
Juan Antonio Casas

A América Latina é a região mais desigual do mundo do ponto de vista econômico (BID, 1999), e dentro desta região o Brasil continua sendo o país com maior desigualdade da renda (Paes de Barros, Henriques & Mendonça, 2000). Essas desigualdades econômicas são acompanhadas por grandes disparidades sociais, com as quais estão associadas, e que se combinam para causar enormes desigualdades no estado de saúde das suas populações, em parte relacionadas com inequidades no acesso aos sistemas de serviços de atenção à saúde e na sua utilização, bem como na qualidade dos mesmos (Dachs et al., 2002). Pesquisas realizadas em grande parte em países e regiões mais desenvolvidos mostram como aquelas desigualdades econômicas e sociais se associam para determinar as disparidades e inequidades em saúde. Apesar de nos últimos anos terem aumentado a quantidade e a qualidade das pesquisas realizadas na América Latina sobre este tema (Almeida Filho et al., 2003; Almeida Filho, 1998), ainda é necessário incentivar que se acelere esse processo, especialmente para que se possa contemplar o desenvolvimento de políticas públicas dirigidas a modificar esses determinantes e, assim, diminuir as disparidades e desigualdades em saúde.

A evidência disponível mostra que a distribuição do estado de saúde e do acesso aos serviços de atenção à saúde entre os diversos grupos socioeconômicos segue padrões que colocam os grupos mais vulneráveis em situações de desvantagem contínua e muitas vezes crescente. Essa evidência mostra também que as vantagens sociais e econômicas estão relacionadas mais fortemente com o estado de saúde do que a alocação e disponibilização de serviços de saúde, ainda que estes possam estar distribuídos segundo padrões de necessidade.

Ao longo das últimas cinco décadas, para as quais se dispõe de dados em muitos países da região, os indicadores de saúde têm melhorado continuamente, incluindo esperança de vida ao nascer, mortalidade infantil, incidência de doenças transmissíveis e mortalidade na infância devido a doenças que podem ser prevenidas por vacinação. O que ainda falta muitas vezes é estudar como esses indicadores se distribuem de acordo com as desigualdades em condições materiais de vida e os determinantes sociais associados a essas disparidades. A evi-

dência existente mostra que possivelmente os ganhos em estado de saúde de nossas populações poderiam ter sido maiores se as desigualdades sociais e econômicas fossem menores. Isso se deve possivelmente ao fato de as disparidades socioeconômicas serem em si mesmas determinantes do estado de saúde de um grupo populacional e também a fenômenos do tipo "ganhos decrescentes", como já apontado por muitos investigadores e pensadores (Preston, 1976; Gravelle, 1998). Por exemplo:

- Nos últimos 35 anos, a esperança de vida ao nascer seguiu a tendência mundial para o século XX, aumentando de 56,9 para 68,5 anos entre 1960 e 1995, um aumento de quase 12 anos. Durante esse período os coeficientes específicos de mortalidade para quase todos os grupos de idade e grupos de causas diminuíram significativamente em todos os países.
- A esperança de vida ao nascer na América Latina no período de 1990-1995 era menor que na América do Norte (76,2) e na Europa Ocidental (80,2), mas era maior do que a média mundial de 64,3 anos e superior à da África (51,8) e da Ásia (64,5), exceto Ásia Oriental (69,7).
- A mortalidade infantil na América Latina caiu de 125 por mil crianças nascidas vivas em 1950-1955 para 36 por mil no período 1995-2000.

Ainda assim, a América Latina não acompanhou o ritmo de melhoria de várias das demais regiões do planeta. Comparando-se, por exemplo, a esperança de vida ao nascer na América Latina com a da Ásia Oriental, no início da década de 1960 os valores eram de 56,9 e 51,4 anos, respectivamente, mas no final do século XX, 40 anos mais tarde, passaram a 68,5 e 69,7 anos, tendo se invertido a posição entre as duas regiões. Uma vantagem de mais de 5 anos se transformou em uma desvantagem de mais de 1 ano, ao longo do período.

Os ganhos em estado de saúde dentro da região são também muito heterogêneos. Para a mortalidade infantil, por exemplo, países como o Chile, a Costa Rica e Cuba melhoraram seus indicadores a uma velocidade superior à da região em geral e mais rapidamente que os Estados Unidos e Canadá, mas outros, inclusive o Brasil, o fizeram em um ritmo menor que os demais e bem inferior ao dos países desenvolvidos mencionados. A brecha entre os piores e melhores aumentou em vez de diminuir, sendo que o Brasil está entre os países que poderiam e deveriam ter melhorado mais rapidamente. No caso específico de nosso país, se comparado com o que tem menor coeficiente de mortalidade infantil entre nove países com renda *per capita* comparável (Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, México, Panamá, Uruguai e Venezuela), nossa situação piorou ao longo dos últimos 50 anos (Figura 1). O Brasil é, em todos os períodos, o que tem maior razão de taxas comparado com o menor deles (que era o Uruguai até 1970, o Panamá de 1970 a 1975, e a Costa Rica de 1975 em diante). Para o coeficiente de mortalidade de 1 a 4 anos de idade, a situação é bastante melhor (Figura 2). As razões de taxas ficam mais compactas e o Brasil passa de uma taxa mais de 9 vezes maior que a menor delas (Uruguai até 1980) a uma taxa perto de 2,6 vezes maior que a da Costa Rica, a menor nos últimos qüinqüênios.

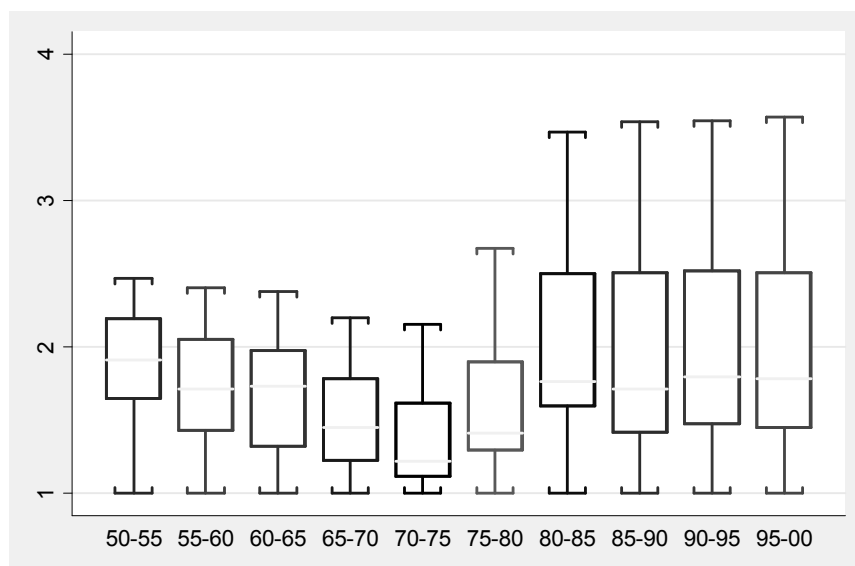
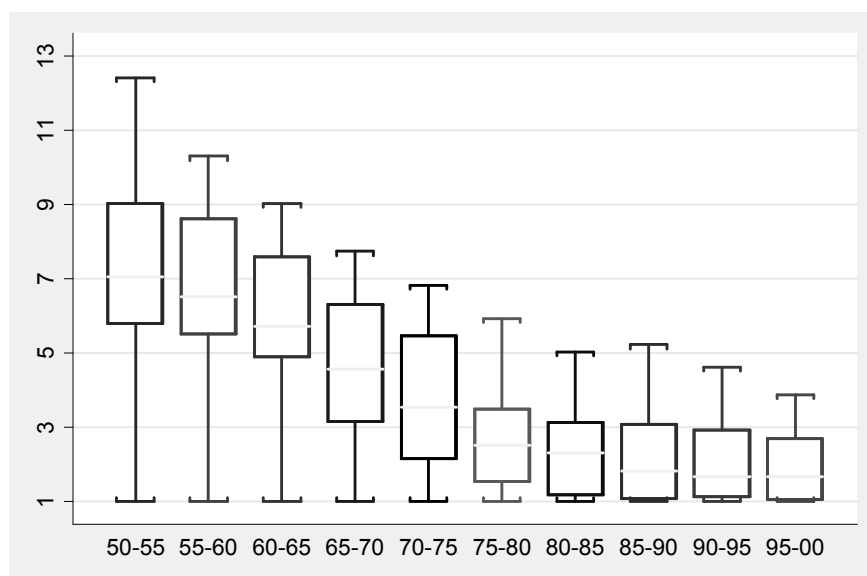
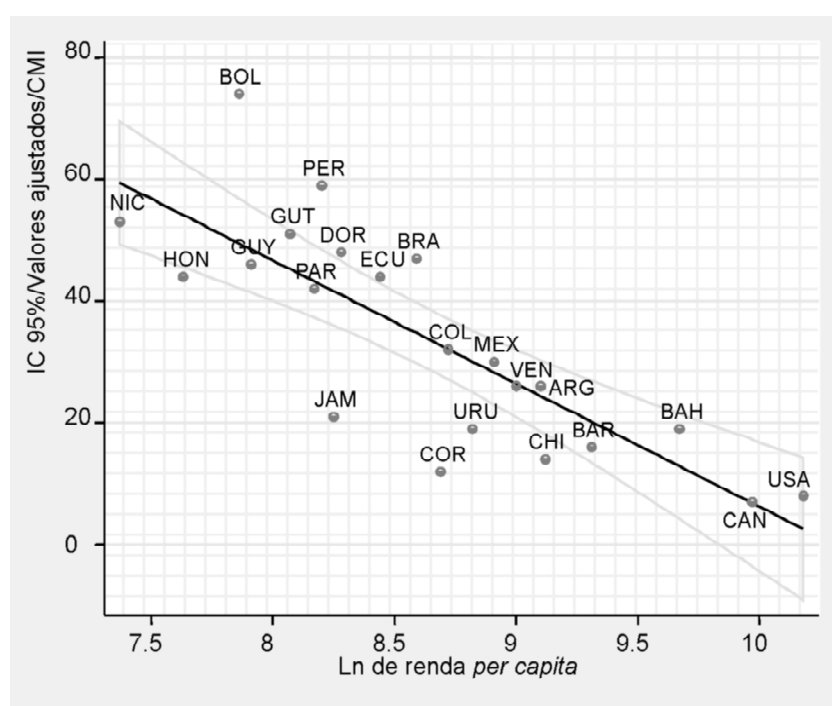
Figura 1 - Razões de taxas de mortalidade em menores de um ano de idade para nove países da América Latina entre 1950-1955 e 1995-2000

Fonte: Centro Latinoamericano de Demografia. América Latina: tablas de mortalidad, 1950-2025. *Boletín Demográfico*, 67, Santiago, Chile, jan. 2001.

Figura 2 - Razões de taxas de mortalidade em crianças de 1 a 4 anos de idade para nove países da América Latina entre 1950-1955 e 1995-2000

Fonte: Centro Latinoamericano de Demografia. América Latina: tablas de mortalidad, 1950-2025. *Boletín Demográfico*, 67, Santiago, Chile, jan. 2001.

Os níveis de saúde da população, especialmente para longos períodos de tempo, tende a se associar aos ritmos de crescimento econômico e à disponibilidade geral de recursos, como se pode comprovar quando se compara um indicador de saúde como o coeficiente de mortalidade infantil com a renda *per capita* de um país (Figura 3). Países e grupos de população com maiores rendas geralmente têm melhores condições de saúde e de vida em geral, já que dispõem de mais recursos econômicos e tecnológicos para satisfazer a suas necessidades materiais básicas.

Figura 3 - Coeficientes de mortalidade infantil e renda *per capita*, para países selecionados das Américas, 1996

O contexto político é também um importante determinante da situação de saúde. Com raras exceções, aqueles países que desenvolveram instituições de governo democráticas e sociedades civis fortes geralmente desenvolvem políticas de longo prazo que levam a melhores distribuições da riqueza nacional e a maiores benefícios sociais para seus habitantes. É interessante notar que países que aplicaram políticas sociais que beneficiam suas populações com melhores níveis de acesso a educação, serviços básicos de saúde, nutrição e saneamento básico obtiveram níveis menores de mortalidade em comparação com outros países de desempenho puramente econômico comparável ou maior, mas que mantiveram grandes disparidades econômicas e sociais (Wilkinson, 1996).

A década de 1990 na América Latina, e no Brasil em particular, se caracterizou pela adoção ou pelo aprofundamento de políticas de ajuste macroeconômico, com aumento nos níveis de investimento externo, moderado crescimento econômico e aumentos nos gastos sociais como porcentagem do produto interno dos países da região, ainda que uma porcentagem importante desse gasto tenha sido em seguridade social, que nos países da região tende a ser altamente regressiva, com maiores benefícios recaindo sobre os grupos sociais médios e altos em vez de sobre os mais desprotegidos (Ocampo, 1998). O crescimento econômico não foi acompanhado, nas últimas décadas, por uma diminuição das desigualdades econômicas internas, e a porcentagem de população vivendo em situação de pobreza baixou muito pouco na região em geral, tendo crescido em vários países (Cepal, 1998; Paes de Barros & Mendonça, 1995). Em alguns países da América Latina os 10% mais ricos da população chegam a ter renda até 80 vezes maior do que os 10% mais pobres. Um estudo do Banco Mundial mostrou, além disso, que os níveis de pobreza de 15 entre 17 países latino-americanos são até 4 vezes maiores do que o de países de outras regiões com renda *per capita* similar (Kliksberg, 1998). Os mais pobres em nossas sociedades estão se distanciando da média e especialmente da cauda, cada vez mais longa, das distribuições de renda. Entre 1980 e 1989 o coeficiente de Gini para a distribuição da renda aumentou para quase todos os países da região, e a única exceção sobre a qual não resta dúvida é a Costa Rica (Kliksberg, 1998). Em 1995 a renda ajustada por poder de compra do 1% mais rico (US$ 66.363 na média) da América Latina era 417 vezes maior do que a do 1% mais pobre (US$ 159 na média), sendo a brecha mais alta já registrada, e provavelmente aumentou ainda mais nos últimos anos (Londoño & Szekely, 1997). No Brasil, que tem uma das maiores desigualdades de renda do mundo, a proporção do total da renda nacional que correspondeu à metade mais pobre da população baixou de 18% a 12% entre 1960 e 1990, tendo voltado a subir um pouco a 15% em 1998, enquanto a renda dos 20% mais ricos aumentou de 54% a 65% no mesmo período, caindo levemente a 63% nos anos mencionados.

As taxas de pobreza na América Latina não estão diminuindo. A porcentagem de pobres, que era de 35% em 1980, aumentou para 40% no período de 1990 a 1994, voltando a 35% em 1997 (basicamente devido a mudanças ocorridas no Brasil). Com o crescimento demográfico, o número absoluto de pessoas vivendo abaixo das linhas de pobreza aumentou ao longo das duas últimas décadas, chegando a cerca de 200 milhões em 1997. A taxa de indigência (pobreza extrema) era em 1997 a mesma que em 1980, cerca de 15%, o que se traduz em uma cifra absoluta de mais de 80 milhões de pessoas. Se a distribuição de renda na América Latina não tivesse piorado desde 1980, o aumento da pobreza entre 1983 e 1995 na região teria sido a metade do que foi (Birdsall & Londoño, 1997).

Embora as taxas de pobreza do final do século fossem similares às de 20 anos antes, a distribuição geográfica da pobreza mudou consideravelmente. A rápida urbanização aumentou a proporção de habitantes das cidades que vivem em condições de pobreza. Em 1980, 25% da população urbana eram pobres, enquanto que essa porcentagem aumenta para 34% em 1994. Mais de metade da população em extrema pobreza na região atualmente vive em áreas

urbanas. A porcentagem de população rural vivendo em condições de pobreza se manteve relativamente estável, oscilando entre 53% e 56% entre 1980 e 1994 (Cepal, 1999).

As Relações de Determinação e as Desigualdades Internamente nos Países

Ainda que a quantidade de pesquisas sobre as determinações das desigualdades na região ainda seja muito menor do que seria de se desejar, já se dispõe de uma massa de informações suficiente que permite avançar em várias direções, inclusive com algumas possíveis recomendações de políticas sociais e econômicas para diminuí-las. Nesta seção serão apresentados resultados de vários trabalhos desenvolvidos na região, tentando-se compreender essas relações para vários possíveis conjuntos de determinantes. A preocupação não é mais a de entender somente quais são os determinantes do estado de saúde e de acesso aos serviços de atenção à saúde e à sua utilização, mas sim a de tentar desvendar as 'relações de determinação das *desigualdades* em saúde'.

Aqui se exploram somente alguns desses determinantes e algumas vezes se apresentam também resultados que relacionam suas interações e sinergismos na determinação das desigualdades observadas.

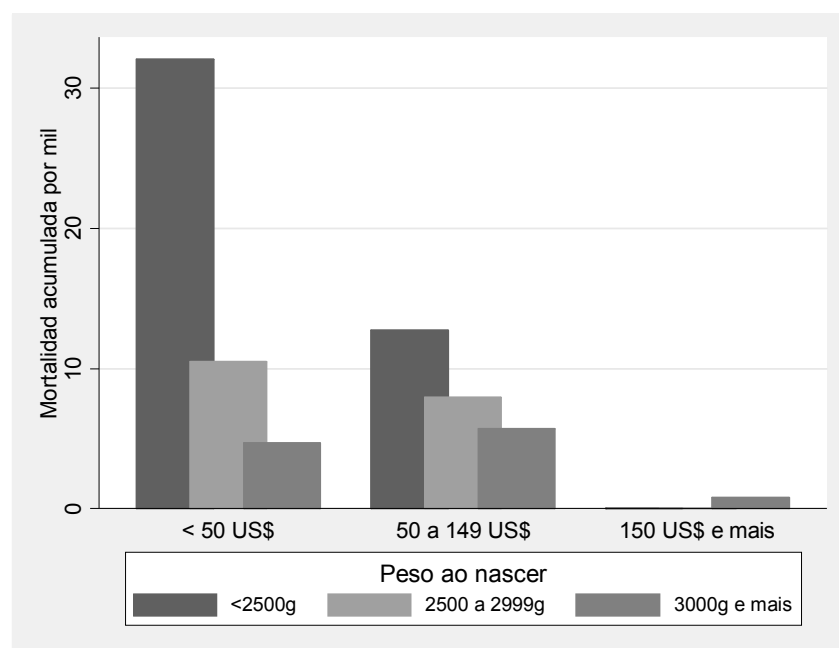
Renda ou gasto *per capita* dos domicílios

A renda *per capita* ou (ainda melhor) o gasto *per capita* dos domicílios trata de resumir num só indicador as condições materiais de vida dos grupos familiares. O gasto *per capita*, com variações sazonais muito menores que a renda, é um indicador que capta melhor o conceito de renda permanente dos domicílios. Infelizmente, muitas vezes, especialmente no Brasil, as fontes de dados disponíveis não incluem gastos dos domicílios, contendo apenas informação sobre a renda. Outros indicadores que se tem utilizado para estimar níveis de renda permanente dos domicílios são índices de ativos (*assets indices*) em que se combinam com diferentes pesos indicadores de presença de certos bens como refrigerador, televisor, telefone etc., e também condições da moradia, tais como tipos de parede, teto etc., bem como disponibilidade de água potável e instalação sanitária adequada.

Alguns pesquisadores têm proposto classificações mais complexas, que permitem classificar os grupos populacionais de acordo com a classe social (Barros, 1986; Bronfman & Tuirán, 1988). Embora mais complexas e mais difíceis de implementar em estudos empíricos, os resultados são geralmente muito similares aos que se obtêm usando-se apenas a renda (se possível, renda permanente) *per capita* dos domicílios. Outras classificações, também mais complexas, usam o conceito de necessidades básicas insatisfeitas. Novamente, os resultados são semelhantes.

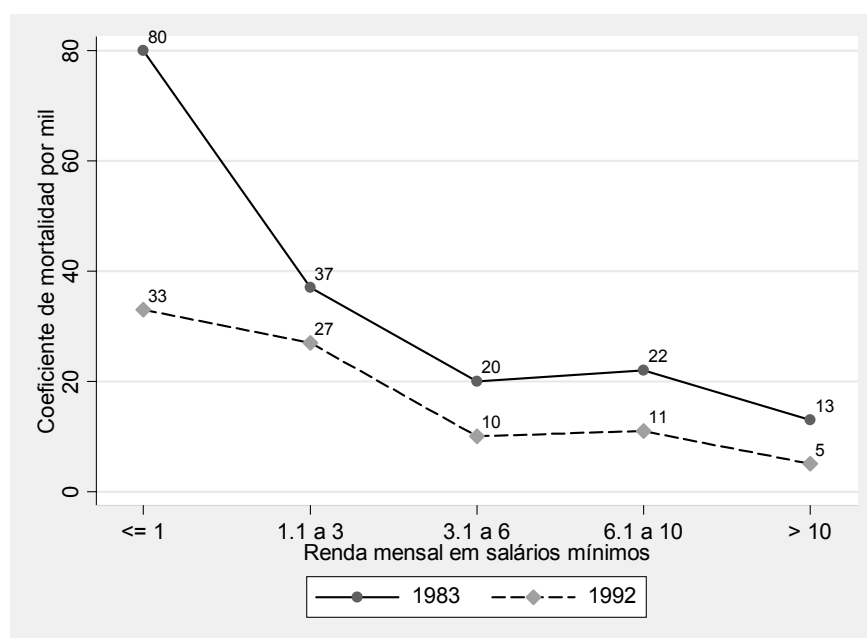
Entre 1982 e 1987, a mortalidade acumulada entre as idades de 1 e 4 anos, observada numa coorte de crianças da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, foi classificada de acordo

com três níveis econômicos: renda familiar inferior a US$ 50 mensais (muito baixa), renda familiar de US$ 50 a US$ 149 (renda média) e renda familiar de US$ 150 ou mais, e associada ao peso ao nascer (Figura 4) (Victora et al., 1992). Para crianças de famílias com renda muito baixa, a mortalidade para baixo peso ao nascer (menos de 2.500 g) é cerca de 6 vezes maior que para peso de 3.000 g e mais. Já para renda familiar média, a mortalidade é de apenas 2,5 vezes maior quando o peso ao nascer é baixo se comparada com a de crianças que nasceram com 3.000 g e mais. Para crianças de famílias com renda familiar mensal de US$ 150 e mais a mortalidade é muito baixa, independentemente do peso com que a criança nasce.

Figura 4 - Mortalidade acumulada em crianças de 1 a 4 anos de idade, de acordo com a renda familiar *per capita*, por peso ao nascer, Pelotas, Brasil, de 1982 a 1987

Fonte: Victora et al., 2000.

Existe crescente evidência de que as desigualdades em saúde relacionadas com os níveis econômicos não estão diminuindo. Esse fato é válido tanto para comparações entre países (Casas, Dachs & Bambas, 2001) como para estudos feitos no Brasil (Victora et al., 2000). No caso das Américas, ao se comparar os coeficientes de mortalidade infantil, estes eram aproximadamente 7 vezes maiores nos países com coeficientes mais altos em relação aos de coeficientes mais baixos no período de 1960 a 1965, mas 30 anos mais tarde, no período de 1990 a 1995 essa razão aumentou para valores entre 13 e 14. Na cidade de Pelotas crianças de duas coortes, nascidas em 1982 e 1993, apresentam níveis relativos similares de mortalidade infantil, ao se

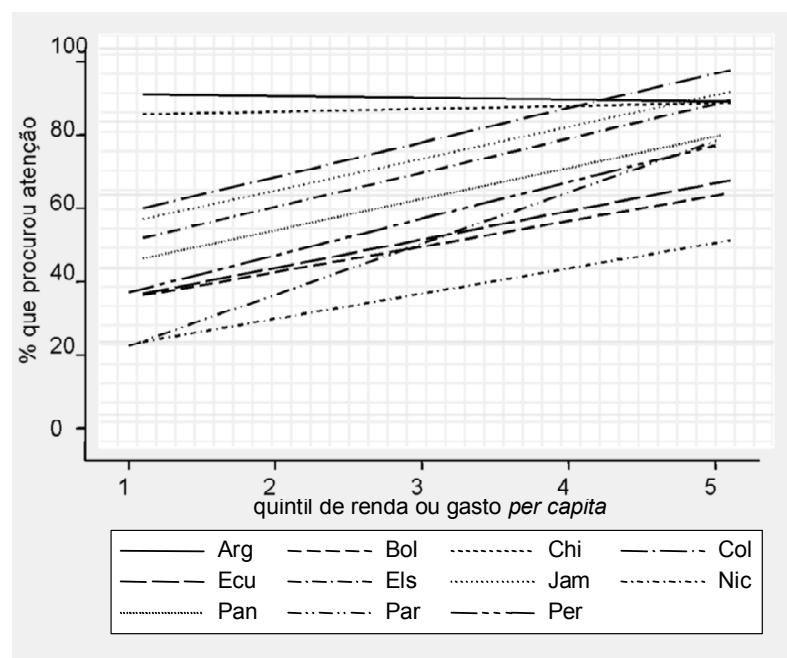
comparar as crianças de famílias com rendas mais baixas com as de rendas mais altas (Figura 5). A razão entre os coeficientes dos extremos de renda em 1982 (80 e 13 por mil) e 1993 (35 e 5) é, respectivamente, 6,2 e 7, ou seja, apesar da melhora geral que se observou na queda da mortalidade, na realidade houve até um pequeno aumento na brecha relativa.

Figura 5 - Mortalidade infantil de acordo com o rendimento mensal do domicílio, para duas coortes de crianças nascidas em 1983 e 1992, Pelotas, RS, Brasil

Fonte: Victora et al., 2000.

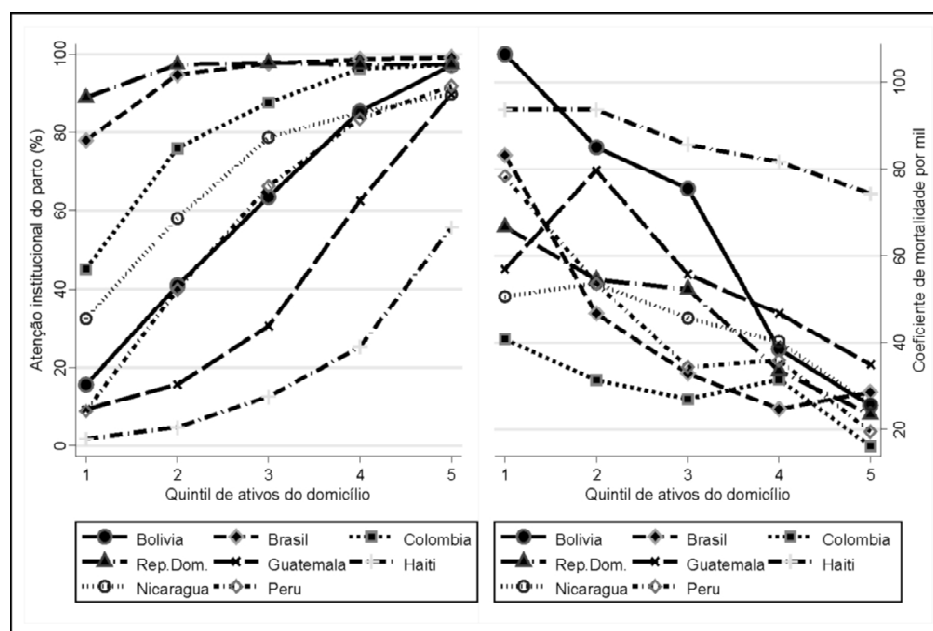
A prevalência de retardo no crescimento, medido pela adequação da altura para a idade em crianças de 6 a 59 meses de idade (dois ou mais desvios padrões abaixo da mediana de referência) era aproximadamente 30 vezes maior para crianças de famílias com rendimento *per capita* inferior a US$ 20 mensais quando comparado com crianças de famílias com rendimentos *per capita* mensais de US$ 160 ou mais, variando de 28,9% a 0,9%, respectivamente. Outro estudo, em 1996, mostrou que para crianças de domicílios com nenhum bem durável a prevalência era de 22%, comparada com 4,4% para domicílios com 5 bens duráveis ou mais. Resultados semelhantes se observaram também numa coorte no sul do país, em que a prevalência foi de 26% em crianças de domicílios com apenas 1 bem durável, comparada com 7% para aquelas que viviam em domicílios com 4 ou mais bens duráveis (Olinto et al., 1993).

A mortalidade infantil no Peru era 5 vezes maior para crianças de domicílios do quintil inferior de condições materiais de vida (medido por um índice de ativos) do que para o quintil superior, e a declaração de doenças diarréicas foi de 22%, comparada com 13%, e de 25% para doenças respiratórias em comparação com 15% (Gwatkin et al., 1999).

A essa maior carga de doenças e morte se soma nos grupos em piores condições materiais uma menor utilização dos serviços de saúde em todos os seus níveis, seja por dificuldades de acesso geográfico, financeiro, ou também por razões culturais. A busca de atenção quando se declarou um problema de saúde ou acidente é aproximadamente 2 vezes menor para o quintil em piores condições de vida quando comparado com o de melhores condições, para um grande número de países da América Latina (Dachs et al., 2002). Esse fenômeno se observa para todos os grupos de idade, para homens e mulheres, em todos os grupos de idade. Na Figura 6 mostram-se as retas ajustadas por mínimos quadrados para a porcentagem de crianças para as quais se buscou atenção mediante a declaração de que haviam tido um problema de saúde, de acordo com os quintis de renda (ou gasto) *per capita* dos domicílios. Com exceção do Chile e da Argentina, nos quais as porcentagens são quase as mesmas ao longo de todos os níveis econômicos, nos demais países se observa o gradiente mencionado.

Figura 6 - Porcentagem de crianças para as quais se procurou atenção de saúde, após declaração de que haviam tido um problema de saúde, de acordo com quintis de renda (ou gasto) *per capita* dos domicílios, países selecionados da América Latina, 1997 a 1999

Fonte: Dachs et al., 2002.

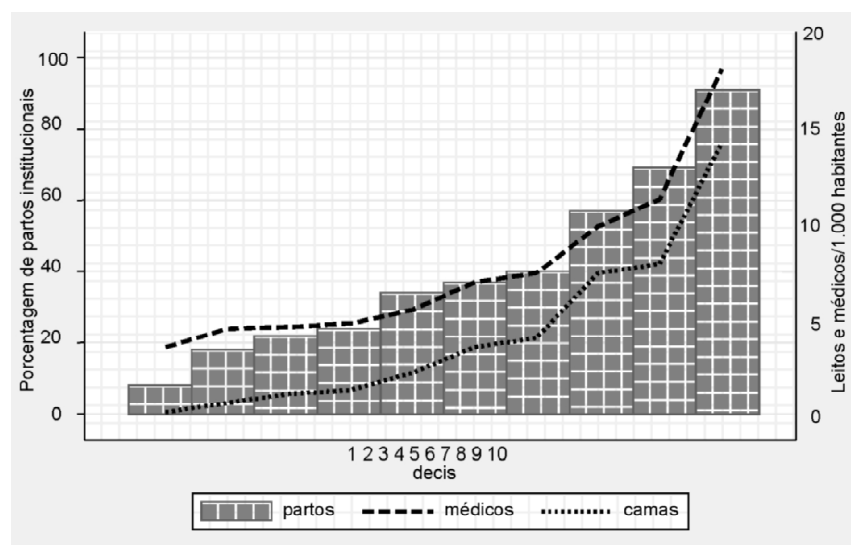
Para a atenção adequada ao parto, existe grande variação entre os países para os quais se dispõe desse dado por condições materiais dos domicílios (Figura 7a). Ao mesmo tempo, as desigualdades na mortalidade infantil são ainda maiores (Figura 7b).[1] Mesmo para países como o Brasil e a República Dominicana, nos quais as desigualdades na atenção institucional do parto são menores, as desigualdades de mortalidade são grandes. No caso do Brasil, a razão entre o coeficiente para o quintil pior e aquele em melhores condições econômicas é aproximadamente 4. Não existem estudos que tenham tentado explicar esse fenômeno, mas é muito provável que ele esteja relacionado às desigualdades na qualidade da atenção.

Figura 7 - Porcentagem de partos atendidos institucionalmente (a) e coeficiente de mortalidade infantil (b) por quintis de ativos dos domicílios, países selecionados da América Latina, 1995 a 1998

Fonte: Gwatkin et al., 2000.

Essas desigualdades no acesso aos serviços de atenção e na sua utilização de acordo com as condições econômicas da população são grandes em quase todos os países da região. A evidência existente é de que a desigualdade no uso não se deve somente às que existem no acesso geográfico e financeiro, mas evidentemente estas representam um componente importante de

[1] Este poderia ser chamado o 'efeito Ana Karenina'. Na primeira frase de seu famoso romance, Tolstoi diz que "Todos os casamentos felizes são aborrecidamente parecidos, enquanto que cada casamento infeliz o é à sua própria maneira". Da mesma forma, parafraseando-o, poderíamos dizer que em todo o mundo os ricos são aborrecidamente parecidos, mas os pobres sofrem em cada lugar à sua própria maneira.

tais inequidades. No caso do México, por exemplo, vê-se claramente como a porcentagem de partos institucionais de acordo com o nível econômico médio dos municípios segue o mesmo padrão que o da disponibilidade de recursos, medidos pelo número de leitos e número de médicos por habitante (Figura 8) (Lozano et al., 1999).

Figura 8 - Porcentagem de partos atendidos institucionalmente e números de médicos e leitos por mil habitantes, para os municípios mexicanos, classificados por decis do índice de pobreza do município, 1997

Fonte: Lozano et al., 2001.

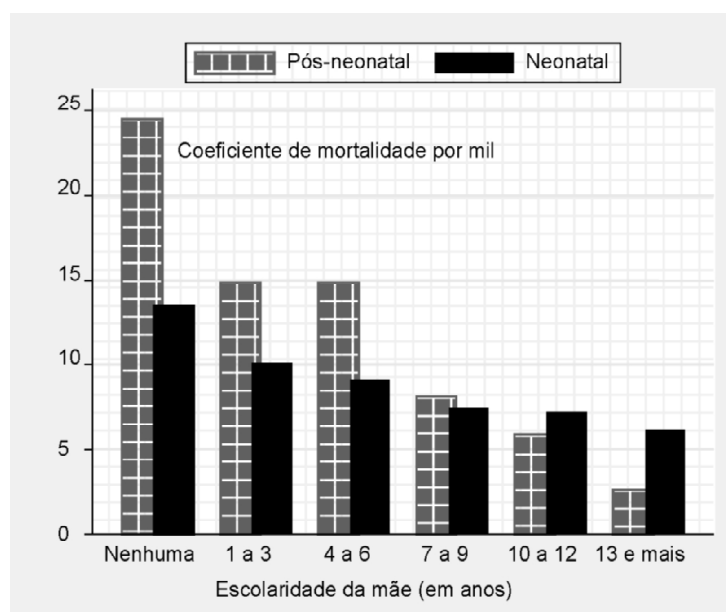
Níveis de educação formal (escolaridade)

Houve avanços importantes na área de educação formal na América Latina, e no Brasil em particular, nas últimas duas décadas, mas menores que em outras regiões do mundo. Em 1995, somente dois terços da população em idade escolar tinham completado o 4º ano primário nos países da América Latina. O sudeste da Ásia, onde os níveis eram similares em 1985, ultrapassou a América Latina na proporção de população matriculada na escola primária e secundária (Ocampo, 1998). O Relatório de Desenvolvimento Social da América Latina de 1999 do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), dedicado às desigualdades sociais na região, enfatiza a importância da educação formal como um mecanismo de redução da pobreza e diminuição das inequidades sociais (BID, 1999b). Existe evidência, pelo menos para o caso do Brasil, de que a educação formal tem um efeito adicional ao das condições materiais dos domicílios (renda *per capita*) tanto sobre o estado de saúde (Dachs, 2002) quanto sobre o uso dos serviços de atenção à saúde (Castro, Travassos & Carvalho, 2002). Esse efeito da educação

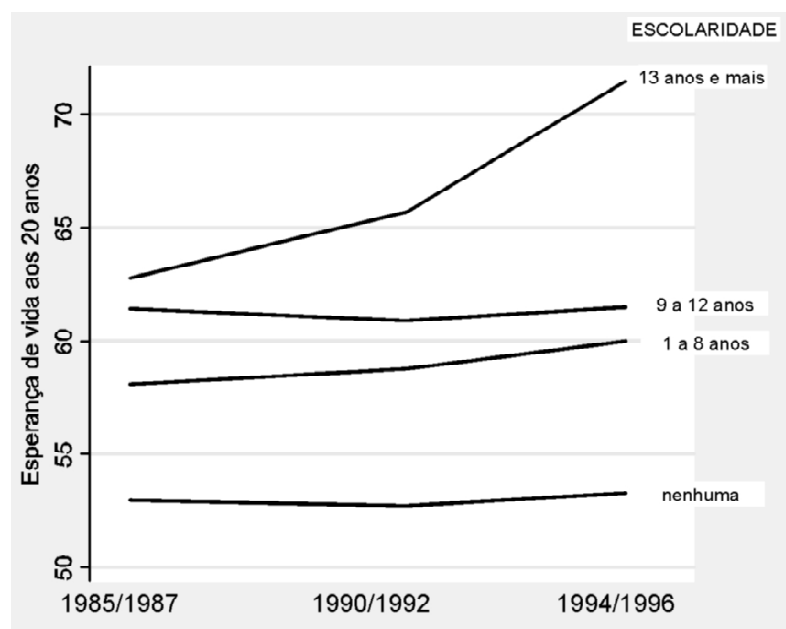
formal é especialmente importante no caso das mulheres, particularmente no que se refere à saúde infantil e das crianças de 1 a 4 anos.

Em 1996, no Brasil, quando as mães não tinham nenhuma educação formal a porcentagem de crianças menores de 5 anos com retardo no crescimento (mais de dois desvios-padrão abaixo do valor de referência) era de 19,3%, caindo para somente 3,4% quando a mãe tinha 11 anos ou mais de educação. Nos níveis intermediários, as porcentagens de retardo de crescimento eram de 13,7% quando a mãe tinha de 1 a 3 anos de escolaridade, 8,0% para 4 a 7 anos e 6,3% para 8 a 10 anos de escolaridade (Nupens/USP, 1998). As desigualdades são ainda maiores para a adequação do peso à idade dessas crianças, variando de 24% com peso inadequado, quando a mãe tem menos de 4 anos de escolaridade, a 7%, quando a escolaridade é de 6 ou mais anos de educação formal.

No Chile, onde praticamente todos os partos são institucionais e a cobertura de atenção pré-natal adequada é elevada em todos os grupos econômicos, persiste um grande gradiente de mortalidade neonatal e especialmente pós-neonatal, de acordo com o nível educacional da mãe. O coeficiente de mortalidade neonatal cai de 13,5 por mil a 6 por mil nascidos vivos quando a escolaridade da mãe sobe de nenhuma educação formal a 13 ou mais anos. O coeficiente de mortalidade pós-neonatal cai de 24,5 por mil a 2,6 por mil nascidos vivos, para as mesmas categorias de educação formal das mães (Figura 9).

Figura 9 - Coeficientes de mortalidade neonatal e pós-neonatal por mil nascidos vivos, de acordo com a escolaridade da mãe, Chile, 1990 a 1995

Fonte: Hollstein et al., 1998.

Nesse mesmo país, entre 1985-87 e 1994-96 a esperança de vida aos 20 anos para mulheres aumentou quase 2 anos, um ganho importante em um período de menos de 10 anos. Mas, ao se estudar como ocorreu esse aumento em termos de educação formal, descobre-se que todo o ganho ocorreu entre mulheres com 13 e mais anos de educação, cuja esperança de vida aos 20 anos aumentou de cerca de 63 para perto de 72 anos. Para as demais não houve praticamente nenhum ganho, sendo inferior a 1 ano para o grupo de 1 a 8 anos de escolaridade e nenhum ou até levemente negativo para as demais mulheres (Figura 10) (Vega et al., 1999).

Figura 10 - Esperança de vida aos 20 anos de idade segundo escolaridade, para o sexo feminino, Chile, 1985-1987 a 1994-1996

Fonte: Vega et al, 2001.

Distribuição espacial

A distribuição geográfica do estado de saúde e da acessibilidade aos serviços de atenção à saúde é muito grande na maioria dos países da região. Na cidade de Buenos Aires o coeficiente de mortalidade infantil era de cerca de 13 por mil nascidos vivos no ano de 1995, mas em algumas províncias do noroeste do país esse coeficiente excedia 30 por mil (Concha et al., 1997).

No Brasil, os coeficientes de mortalidade infantil nos estados do Nordeste são de 3 a 4 vezes maiores que no Sul e no Sudeste. Apesar de a mortalidade infantil ter caído cerca de 40% no país em 10 anos, entre 1977-1985 e 1987-1995, as brechas entre as áreas piores e melhores

aumentaram. Na Tabela 1 se apresentam os coeficientes estimados a partir de inquéritos de demografia e saúde (Castro, Travassos & Carvalho, 2002) para as áreas urbanas e rurais de algumas regiões do país nesses dois períodos. A razão entre o coeficiente do Nordeste rural e o do Sul-Sudeste urbano aumentou de 1,87 para 1,93. Não é um aumento grande, mas mostra que o coeficiente estava caindo mais rapidamente onde já era menor. A situação é mais dramática em relação ao retardo no crescimento em menores de 5 anos. No Nordeste a porcentagem caiu de 47,8% em 1974 para 27,3% em 1989 e 17,9% em 1996. Já nas regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste, ela baixou de 23,9% para 8,6% e 5,6% nos mesmos anos. No Nordeste foi uma queda por um fator de 2,7 vezes, enquanto nas outras regiões este foi de quase 4. As razões entre as prevalências passaram de cerca de 2 a quase 5.

Tabela 1 - Tendências na mortalidade infantil no Brasil entre os períodos de 1977-1985 e 1987-1997 por região e áreas urbanas e rurais

Área/Região	1977-1985	1987-1985	Variação anual (%)
URBANA	68,8	41,2	-4,0
Norte	(51,1)	(42,1)	-1,7
Nordeste	120,4	62,8	-4,8
Sul-Centro-Sudeste	47,0	28,8	-3,3
RURAL (*)	100,9	60,8	-3,7
Nordeste	135,2	84,4	-3,7
Sul-Centro-Sudeste	(61,2)	33,0	-5,0
BRASIL (*)	79,6	46,1	-4,2

(*) Não inclui as áreas rurais do Norte.

Estimações feitas com menos de mil crianças na amostra.

Fonte: Nupens/USP, 1998.

As diferenças são particularmente marcadas entre áreas urbanas e rurais. Os dados dos inquéritos de demografia e saúde realizados em vários países da região[2] mostram que as prevalências de retardo no crescimento infantil são até 2,5 vezes maiores na área rural que na área urbana (Tabela 2). Na Guatemala e no Peru, a prevalência de retardo no crescimento em crianças menores de 5 anos é de mais de 50% nas áreas rurais.

[2] Os relatórios são produzidos por Measure DHS e muitos deles estão disponíveis em texto completo na Internet. Os países da América Latina e do Caribe e anos em que se realizaram inquéritos de demografia e saúde são: Bolívia (1989, 1994, 1998), Brasil (1986, 1991, 1996), Colômbia (1986, 1990, 1995, 2000), Equador (1987), El Salvador (1985), Guatemala (1987, 1985, 1988/99), Haiti (1994/95, 2000), México (1987), Nicarágua (1997/98, 2000), Paraguai (1990), Peru (1986, 1992, 1996, 2000), República Dominicana (1986, 1991, 1996), Trinidad e Tobago (1987). Disponíveis em: http://www.measuredhs.com/pubs/browse.cfm?typeID=5&CFID=371288&CFTOKEN=17369081

Tabela 2 - Porcentagens de retardo no crescimento em crianças de menos de 5 anos de idade, por áreas urbanas e rurais, países selecionados da América Latina, década de 1990

País e ano	Urbano	Rural
República Dominicana, 1996	7,3	15,2
Brasil, 1996	7,8	19,0
Colômbia, 1995	12,5	19,1
Paraguai, 1990	11,7	26,9
Haiti, 1995	20,4	35,1
Bolívia, 1994	20,9	36,6
Peru, 1992	25,9	53,4
Guatemala, 1995	35,3	55,5

Fonte: MACRO Internacional, Inquéritos de Demografia e Saúde (DHS).

Raça e etnicidade

Há dois tipos de grupos raciais ou étnicos que no caso da América Latina são particularmente vulneráveis em termos de inequidades sociais em geral e de saúde em particular: os afro-descendentes e os povos nativos. Estudos feitos pelo BID (1999a) estimam que aproximadamente 150 milhões de latino-americanos são descendentes de africanos. Quarenta por cento dos pobres na América Latina são afro-descendentes. Dados preliminares sobre a saúde na costa do Pacífico na Colômbia e evidências de outras partes mostram que as comunidades negras sofrem desproporcionalmente de mau estado de saúde e têm maiores dificuldades de acesso aos serviços de atenção à saúde e em seu uso (Cowater International & Inter American Development Bank, 1996). As categorias raciais para as populações dos países latino-americanos se correlacionam com renda, educação e geografia. No caso brasileiro, essas relações são particularmente fortes (Dachs, 2002). Apenas cerca de 18% das pessoas de cor preta estão nos três decis superiores de renda *per capita*. Para os de cor parda essa cifra é ainda menor, cerca de 15,7%. Já entre brancos, 41,3% estão nos três decis superiores e para os amarelos a porcentagem alcança 73,4%. Entre as pessoas brancas, 40,4% têm 8 ou mais anos de escolaridade, mas entre as pessoas pretas essa porcentagem diminui para 22,9%, praticamente igual à das pessoas pardas, que é 22,5% (Dachs, 2002).

Existem relativamente poucos estudos sobre as condições sociais e econômicas das populações originais (indígenas), mas eles sempre mostram um panorama de enormes inequidades (World Bank, 1993), confirmando que os níveis de pobreza entre os povos indígenas da América Latina são muito altos. Na Bolívia, mais de dois terços da população indígena bilíngüe e quase três quartos da população indígena que fala somente a língua original são pobres. Nesse

mesmo país, os níveis médios de educação formal dos indígenas são da ordem de 3 anos, menos que para os não indígenas. Na Guatemala, aproximadamente metade dos domicílios de indígenas não dispõe de água e saneamento, comparado com cerca de 5% da população não indígena. No México a pobreza está fortemente correlacionada com viver em municípios em que a maioria da população é indígena. São ainda mais raros os estudos sobre condições de saúde e acesso aos serviços e seu uso por parte das populações afro-descendentes e indígenas na América Latina, mas os que se conhece sempre apresentam uma situação de enormes diferenças em relação às populações brancas nos mesmos países.

Ao se comparar as populações indígenas do Panamá com o restante da população, verifica-se que a mortalidade infantil é 3,5 vezes maior naquelas. Em Honduras a esperança de vida é 29 anos menor entre homens e 27 menor entre as mulheres indígenas. No caso do México a mortalidade na infância é 2,5 vezes maior em municípios nos quais a população é preponderantemente indígena, e na Guatemala a mortalidade materna para mulheres indígenas é 83% mais alta que para as demais (Amaris, Florez & Mojica, 1992).

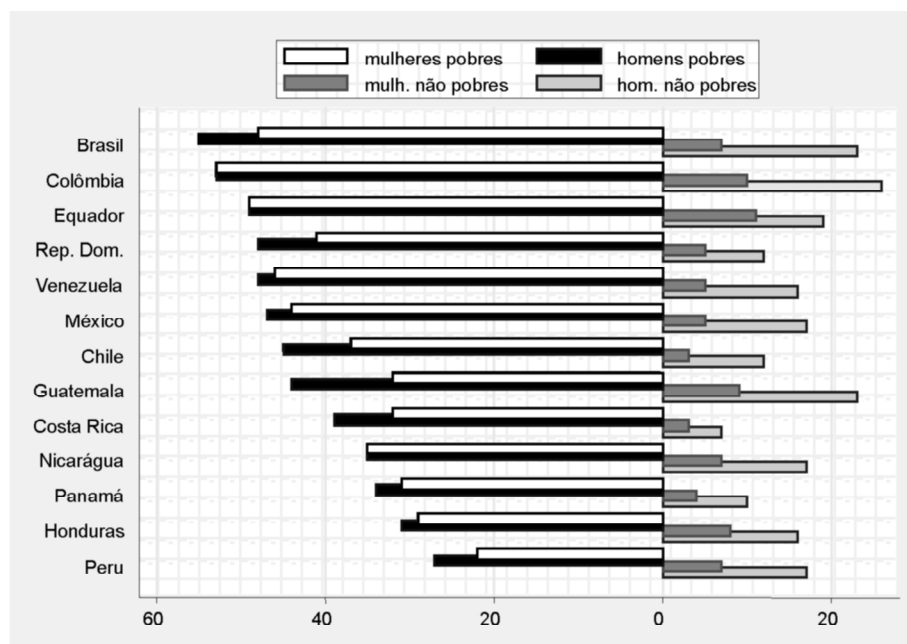
Um inquérito realizado na Colômbia em 1992/1993 entre cerca de 11 mil indígenas vivendo em comunidades de três áreas distintas do país mostrou que a esperança de vida ao nascer era de 55,4 anos para os homens e 57,8 anos para as mulheres indígenas, comparados com as médias nacionais de, respectivamente, 65 e 67 anos, ou seja, quase 10 anos menos. O coeficiente de mortalidade infantil era de 63,3 por mil nascidos vivos, comparado com a média nacional de 32 por mil (Pizeros-Petersen & Ruiz-Salguero, 1998).

Gênero

Existem grandes inequidades sociais de gênero na América Latina. Mesmo em países mais equitativos como o Chile, elas se manifestam em menores salários para as mulheres em cargos e postos iguais, menores níveis de escolaridade, e muitos outros (Vega et al., 2001). Já em relação às manifestações dessas inequidades em saúde, conhece-se relativamente pouco. Em termos comparativos, existem poucos estudos feitos na região sobre inequidades de gênero em saúde (Almeida Filho et al., 2003). O que se sabe é ainda controvertido, mostrando às vezes desigualdades de acesso desfavoráveis aos homens (Pinheiro et al., 2002) e às vezes, como no Equador, grandes inequidades de acesso nas áreas urbanas, desfavoráveis às mulheres, devido ao fato de o sistema de saúde da previdência social daquele país oferecer cobertura somente ao titular e não aos seus dependentes (Waters, 2000). No que toca ao estado de saúde, em muitos casos o panorama é muito desfavorável aos homens, especialmente devido aos elevados níveis de violência, como ocorre na Colômbia, em partes do Brasil e do México e outros países. Não se encontram na América Latina indicadores de mortalidade infantil ou de desnutrição e retardo no crescimento diferenciados por sexo, como ocorre em outras regiões, especialmente em partes da África e sul e sudeste da Ásia.

É necessário explorar mais a fundo as relações de determinação para começar a encontrar as evidências de que as inequidades sociais de gênero se manifestam às vezes de maneira sutil e interagindo com outros determinantes para refletir-se em indicadores de saúde.

No Relatório Mundial de Saúde de 1999, a Organização Mundial da Saúde estimou probabilidades de morrer para homens e mulheres pobres e não-pobres (probabilidade de uma morte prematura). Na Figura 11 mostram-se essas probabilidades para 13 países da região. A probabilidade de morrer é marcadamente maior para os homens do que para as mulheres para a população não-pobre em todos os países, sendo 2 a três 3 maior, mas para a população pobre essas probabilidades são similares, ainda quase sempre maiores para os homens, mas quase nunca mais do que 10% a 20% mais. Isso pode ser interpretado como uma inequidade de gênero no subgrupo de pobres, desfavorável às mulheres. Foi necessário ir mais fundo nas relações entre dois determinantes de desigualdades e a probabilidade de morrer para se começar a desvendar a possível presença de uma inequidade.

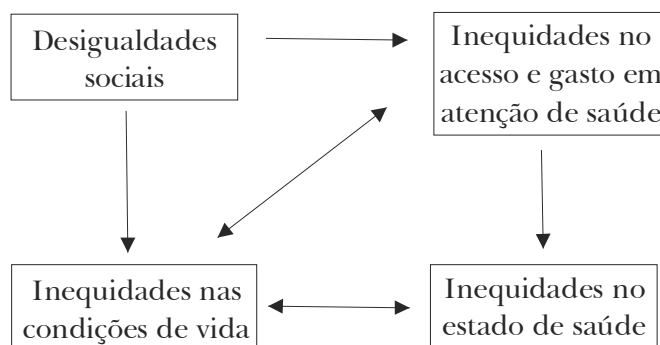
Figura 11 - Probabilidade de morrer entre os 15 e os 59 anos de idade para mulheres e homens, pobres e não-pobres, em 13 países da América Latina, 1998

Fonte: Organização Mundial da Saúde, 1999.

Outro aspecto muito pouco estudado se relaciona com os gastos de bolso dos domicílios com a atenção de saúde, os níveis de pobreza e gênero. As mulheres, especialmente em idade reprodutiva, têm maiores necessidades de atenção do que os homens. Quando essa maior necessidade se associa com a pobreza possivelmente nos domicílios de chefatura feminina, ocorre uma desigualdade injusta, já que esta característica está presente em maior proporção nos domicílios de menores rendas familiares, ou, se assim se quiser, a pobreza é mais prevalente em domicílios chefiados por uma mulher só.

Essa é definitivamente uma área em que se deve investir em mais pesquisa empírica de boa qualidade para se aprofundar o conhecimento das múltiplas inter-relações de determinação que se associam com gênero para causar inequidades em saúde.

Comentário e Discussão

Propositalmente não foi adotado um marco conceitual e teórico para ordenar a apresentação feita até agora. Isso não se justificaria, dada a natureza totalmente descritiva que se usou para relatar uma parte do que se conhece sobre as relações de determinação das desigualdades em saúde na América Latina, e no Brasil em particular. Mas, para esta discussão final, será empregado um esquema extremamente simples (Figura 12) que foi discutido por um grupo de pesquisadores[3] no momento de se organizar um plano para um projeto multicêntrico de investigação nesta área (Pan American Health Organization, 2000).

Figura 12 - Esquema simplificado de relações entre desigualdades sociais e inequidades em condições materiais de vida, acesso e gasto em saúde e estado de saúde

[3] Alberto Pellegrini, Cesar Victora, David Richardson, Edward Greene, José Norberto Dachs, Moisés Goldbaum, Naomar de Almeida Filho, Paula Braveman, Pedro Luis Castellanos.

Esse esquema permite discutir alguns aspectos importantes de possíveis implicações de políticas de enfrentamento das enormes desigualdades observadas. Especialmente se é adotado o conceito mais amplo de saúde como um completo estado de bem-estar (físico, emocional e social), torna-se evidente que a mediação voltada para as inequidades de acesso e gasto em atenção à saúde passa a ser bastante limitada. São as inequidades nas condições de vida que realmente determinam todo o processo que leva ao surgimento das grandes desigualdades (e, portanto, inequidades, já que injustas e evitáveis) no estado de saúde de nossas populações. As desigualdades observadas na autopercepção do estado de saúde no Brasil se explicam em grande parte pelo nível material, pela educação, pela área e pela região do país, sendo que a contribuição adicional de acesso aos serviços e a seu uso é pequena e não é estatisticamente significativa (Dachs, 2002). Isso não diminui a importância que têm as inequidades de acesso, de utilização de serviços e de gastos com atenção. Essas são situações injustas com seu próprio mérito e fazem parte das inequidades sociais de modo geral. São poucos os estudos existentes na América Latina, e no Brasil em particular, sobre os efeitos muitas vezes catastróficos sobre as condições materiais de vida das famílias que advêm da ocorrência de episódios agudos de doenças ou de situações crônicas que exigem atenção (e gasto) por longos períodos (Silveira, Osório & Piola, 2002).

A pesquisa empírica de boa qualidade tem um papel preponderante a desempenhar na luta contra essas desigualdades 'iníquas'. Julio Frenk, citado em L. Gilson (1998:1.981), diz que

> Se a evidência é clara e as recomendações são fortes, aqueles que têm o poder de decisão podem ser estimulados a agir. Pelo menos, análises de políticas bem fundadas impõem limites à arbitrariedade dos tomadores de decisão, que precisam considerar os custos de ignorar os dados disponíveis.

A partir dos resultados apresentados anteriormente, pode-se concluir com segurança que na América Latina, e no Brasil em particular, como já demonstrado na Europa Ocidental e nos Estados Unidos e Canadá (Wing & Richardson, 1998), os principais determinantes sociais e econômicos de saúde e das desigualdades em saúde são aqueles que se relacionam com as diferenciações nas relações de poder e de oportunidade em nossas sociedades. Embora os resultados mostrem desigualdades em saúde não só persistentes, mas crescentes em muitos casos, é necessário fazer mais pesquisa nesta área, especialmente de tipo empírico e de natureza analítica, que forneça elementos seguros para o desenvolvimento de políticas públicas que ataquem as raízes e as conseqüências daquelas desigualdades.

Em três reuniões de consulta (Rockefeller Foundation, 1999; Evans, Wirth & Vega, 2000) e de discussão de avanços obtidos em direção a maior equidade em saúde (Global Equity Gauge Alliance, 2002), houve consenso dos especialistas no estabelecimento do objetivo de que em 2015 em todos os países do mundo existam sistemas de monitoramento contínuo (observatórios) das desigualdades em saúde, com o objetivo de diminuí-las de maneira substancial em todas as sociedades. Para alcançar esse fim, os três pilares fundamentais são:

- Medição: não somente continuar a desenvolver instrumentos e métodos para medir diferenças entre grupos de populações, mas também desenvolver ferramentas que permitam aos gerentes de programas, inclusive nos níveis locais, estabelecer metas para alcançar os pobres e menos favorecidos, assim como medir os progressos em direção às metas estabelecidas.
- Advocacia e promoção: aumentar a consciência social sobre as desigualdades injustas em saúde, que não só persistem mas estão, em muitos casos, aumentando em nossas sociedades devido a políticas que se desenvolvem sem ter como objetivo explícito maiores níveis de justiça social em saúde.
- Empoderamento da sociedade: trabalhar para que toda a sociedade transforme os objetivos de maior eqüidade em (estado de) saúde da população, de acesso aos sistemas de atenção à saúde e seu financiamento numa de suas ferramentas de pressão social e política para a adoção de políticas econômicas e sociais mais justas.

Apesar de já existirem em nosso país iniciativas nacionais e locais nesse sentido, falta ainda um esforço concertado para que eqüidade em saúde passe a ser uma das idéias-força no processo político nacional. Talvez este seja o momento de construir um projeto nacional de aprofundamento dessas questões, estabelecendo-se uma iniciativa do tipo que levou ao Acheson Report na Inglaterra (Acheson, 1998). Nesse relatório, o grupo encabeçado por Sir Donald Acheson construiu um conjunto de propostas de políticas para todas as áreas do governo inglês, 39 ao todo, voltadas para atacar e diminuir as desigualdades sociais em saúde. É interessante notar que essas propostas vão desde políticas de emprego, passando por políticas de transporte urbano, habitação, educação, alimentação, até as que são especificamente de atribuição do Sistema Nacional de Saúde da Inglaterra. Mas apenas três das 39 propostas e sugestões devem ser implementadas diretamente pelo Sistema Nacional de Saúde. Esse tipo de esforço, por apresentar evidência sólida das conseqüências de políticas econômicas e sociais sobre as desigualdades em saúde da população, será uma ferramenta útil para o convencimento dos diferentes atores sociais de que, ao se adotar uma política específica, sempre se deve levar em conta seu possível impacto sobre as inequidades em saúde e os níveis de justiça em saúde em nossa sociedade.

Referências Bibliográficas

ACHESON, D. (Coord.) *Independent Inquiry into Inequalities in Health Report*. London: The Stationary Office, 1998. Texto completo disponível em: http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/ih/contents.htm

ALMEIDA FILHO, N. Desigualdades em saúde segundo condições de vida: análise da produção científica na América Latina e no Caribe. Washington, D.C.: Pan American Health Organization. Pesquisa em Saúde Pública, 1998. (Documentos técnicos, 19)

http://www.paho.org/Portuguese/HDP/HDR/serie19composite.pdf

ALMEIDA FILHO, N. et al. Research on health inequities in Latin America and the Caribbean: bibliometric and content analysis (1971-2000). *American Journal of Public Health*, 93:2.037-2.043, 2003.

AMARIS, A.; FLOREZ, C. & MOJICA, J. *Mortalidad Infantil en Panamá: un análisis de sus tendencias derivadas del censo*. Panamá: División de Censos y Encuestas, 1992.

BANCO INTERAMERICANO DE DESENVOLVIMENTO. *Economic and Social Progress in Latin America, 1998/1999*. Washington, D.C.: IADB, 1999a.

BANCO INTERAMERICANO DE DESENVOLVIMENTO. *Relatório do Desenvolvimento Social na América Latina 1998-1999*. Washington, D.C.: BID, 1999b.

BARROS M. A utilização do conceito de classe social nos estudos dos perfis epidemiológicos: uma proposta. *Revista de Saúde Pública* 20(4):269-273, 1986.

BIRDSALL, N. & LONDOÑO, J. L. Asset inequality matters: an assessment of the World Bank's approach to poverty reduction. *American Economic Review Papers and Proceedings*, May 1997.

BRONFMAN, M. & TUIRÁN, R. La desigualdad ante la muerte: clases sociales y mortalidad en la niñez. México, D.F.: Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo, 1988.

CASAS, J. A.; DACHS, J. N. W. & BAMBAS, A. Health disparities in Latin America and the Caribbean: the role of social and economic determinants. In: PAHO. *Pan American Health Organization, Equity and Health: views from the Pan American Sanitary Bureau*. Washington, D.C.: Paho, 2001.

CASTRO, M. S. M.; TRAVASSOS, M. & CARVALHO, M. S. Fatores associados às internações hospitalares no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7(4):813-824, 2002.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE. *Panorama Social da América Latina*. Santiago: Cepal, 1998.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE. *Panorama Social da América Latina*. Santiago, Chile: Cepal, 1999.

CONCHA, M. et al. *Metodologías de Apoyo a la Priorización Local de Problemas de Salud*. Santiago: Ministério de Salud, 1997. http://www.paho.org/Portuguese/HDP/HDR/serie19composite.pdf

COWATER INTERNATIONAL, INC. & INTER AMERICAN DEVELOPMENT BANK. *Poverty Alaleviation for Communities of African Descent*. Washington, D.C.: BID, 1996.

DACHS, J. N. W. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7(4):641-657, 2002.

DACHS, J. N. W. et al. Inequities in health in Latin America and the Caribbean: descriptive and exploratory results for twelve countries. *Pan American Journal of Public Health*, 11(5-6):335-355, 2002.

EVANS, T.; WIRTH, M. & VEGA, J. Health equity gauges. Letter to the editor. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(8):1.066, 2000.

GILSON, L. In defense and pursuit of equity. *Social Science and Medicine*, 47:1.891-1.896, 1998.

GLOBAL EQUITY GAUGE ALLIANCE. Moving forward: highlights of the Gega. Conference Proceedings held in Uganda, 10-16th February 2002. http://www.gega.org.za/meetdocs.php#crel

GRAVELLE, H. How much of the relation between population mortality and unequal distribution of income is a statistical artifact? *British Medical Journal*, 316(31):382-385, jan. 1998.

GWATKIN, D. et al. *Fact Sheets on Health, Nutrition, Population and Poverty: a tabulation of demographic and health survey data*. Washington, D.C.: World Bank, 1999.

http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/ih/contents.htm

http://www.paho.org/Portuguese/HDP/HDR/serie19composite.pdf

KLIKSBERG B, 1998. *Inequality in Latin America: a key issue*. Washington, D.C.: Indes, IADB.

LONDOÑO, J. L. & SZEKELY, M. *Persistent Poverty and Excess Inequality: Latin America, 1970-1995*. Washington, D.C.: BID, 1997. (Working paper series, 357)

LOZANO, R. et al. Health inequality in Mexico: study by socioeconomic strata at the county and household level. In: EVANS, T. et al. *Challenging Inequities in Health: from ethics to action*. New York: Oxford University Press, 1999.

NUPENS/USP. *Melhoria em Indicadores de Saúde Associados à Pobreza no Brasil dos Anos 90: descrição, causas e impacto sobre desigualdades regionais*. São Paulo: USP, 1998.

OCAMPO, J. A. Income distribution, poverty and social expenditures in Latin America. Paper prepared for the first Conference of the Americas, convened by the Organization of American States. Washington, D.C. 6 March 1998. http://www.eclac.org/english/Coverpage/oeaingles.htm

OLINTO M. T. A. et al. Determinantes da desnutrição infantil em uma população de baixa renda: um modelo de análise hierarquizado. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(supl.1):14-27, 1993.

PAES DE BARROS, R.; HENRIQUES, R. & MENDONÇA, R. Desigualdade e pobreza no Brasil: retrato de uma estabilidade inaceitável. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 15(42):123-142, 2000.

PAES DE BARROS, R. & MENDONÇA, R. A evolução do bem-estar, pobreza e desigualdade no Brasil ao longo das três últimas décadas 1960/1990. *Pesquisa e Planejamento Econômico*, 25(1):115-163, 1995.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Protocolo del estudio multicéntrico - inequidades en la situación de salud, acceso y gasto en atención de salud: utilizando datos secundarios para apoyar la toma de decisiones. Washington, D.C.: 2000. (Documentos técnicos Investigaciones en salud pública, 22) http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDR/serie22composite.pdf

PINHEIRO R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7(4):687-708, 2002.

PIÑEROS-PETERSEN, M. & RUIZ-SALGUERO, M. Aspectos demográficos en comunidades indígenas de tres regiones de Colombia. *Salud Pública de México*, 40(4):324-329, jul.-aug. 1998.

PRESTON, S. *Mortality Patterns in National Populations*. New York: Academic Press, 1976.

ROCKEFELLER FOUNDATION. Equity consultation summary: current activities and future directions in health equity. Cristal City: VA, 1999.

SILVEIRA, F. G.; OSÓRIO, R. G. & PIOLA, S. F. Os gastos das famílias com saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7(4):719-731, 2002.

VEGA, J. et al. Social inequalities and health in an intermediate-development nation: eduacation and adult mortality in Chile, 1980-1996. In: EVANS, T. et al. *Challenging Inequities in Health: from ethics to action*. New York: Oxford University Press, 1999.

VEGA, J. et al. Equidad de género en el acceso y financiamiento de la atención de salud en Chile (relatório de pesquisa). Santiago: Iniciativa Chilena de Equidade em Saúde, 2001. http://www.puc.cl/equidadchile/genero.pdf

VICTORA, C. G. Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies. *Lancet*, 356:1.093-1.098, Sept. 23 2000.

VICTORA, C. et al. Early childhood mortality in a Brazilian cohort: the roles of birthweight and socioeconomic status. *International Journal of Epidemiology*, 21:423-432, 1992.

WATERS, H. Measuring equity in access to health care. *Social Sciences and Medicine*, 51:599-612, 2000.

WILKINSON, R. G. *Unhealth Societies: the afflictions of inequality*. London: Routledge, 1996.

WING, S. & RICHARDSON, D. *Material Living Conditions and Health in the United States, Canada and Western Europe: a review of recent literature*. Washington, D.C.: Pan American Health Organization, 1998.

WORLD BANK. *Indigenous People and Poverty in Latin America: an empirical analysis*. Washington, D.C.: Technical Division, Latin America and Caribbean Division, World Bank, 1993.

CIDADANIA E SAÚDE

19. SOCIEDAD CIVIL:
Participación Social en el Caso de los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS)

Sandra Vallenas

El proceso de transición democrática iniciado con la caída del régimen de Alberto Fujimori, junto con la dinámica de la regionalización del país y la descentralización de los servicios –entre ellos, los de salud–, constituyen el escenario del surgimiento de nuevas experiencias asociativas y de la reformulación de otras. En el interés de acercarnos a ellas, de explorar el potencial de la participación popular en la gestión pública y las transformaciones cualitativas en la relación Estado-sociedad civil, proponemos la ponencia que sigue.

Antecedentes

Iniciamos esta sección con un cuadro comparativo que destaca tanto las desigualdades internas en materia de salud en el Perú, como la ubicación de este país con respecto a otros países de la región.

El Perú no sólo es uno de los países más pobres de la región, sino que además cuenta con un sistema muy limitado de representación política. A la falta de integración y equidad en el acceso a servicios sociales básicos –entre los primeros, los sanitarios– se añaden el racismo, el centralismo, la discriminación de género y otras razones que "perpetúan una situación donde es difícil para los privilegiados reconocer al 'otro' como igual" (Sagasti et al., 1999:100). Incorporada a la cultura, esta exclusión ha incidido, sensiblemente, en límites a la toma de poder por parte de amplios sectores de la población.

En la región, la década del 90 estuvo marcada por la transición a un nuevo modelo de desarrollo basado en las prescripciones de política del llamado Consenso de Washington, que orientaron a un desplazamiento del rol de los estados por la prevalencia de los mercados, planteando límites a la intervención estatal. Las llamadas 'reformas del Estado de primera generación' se concentraron en asuntos de disciplina fiscal, liberalización del comercio y regímenes de inversión, desregulación de mercados domésticos y privatización de empresas públicas; en el campo de la salud pública esto se tradujo en la centralización del financiamiento, la racionalización de

Cuadro 1 - Equidad en indicadores de salud en nueve países latinoamericanos, por quintiles de ingresos, alrededor de 1999

País	Tasa de Desnutrición crónica en niños		Tasa de Mortalidad Infantil		Porcentaje de mujeres embarazadas con atención prenatal		Porcentaje de mujeres embarazadas con parto profesional		Porcentaje de mujeres en edad reproductiva que utilizan métodos anticonceptivos	
	Q1-	Q5+	Q1-	Q5+	Q1-	Q5+	Q1-	Q5+	Q1-	Q5+
Bolivia	39,2	6,0	106,5	25,5	38,8	95,3	19,8	97,9	7,1	45,6
Brasil	23,2	2,3	83,2	28,6	67,5	98,1	71,6	87,7	55,8	76,8
Colombia	23,7	5,9	40,8	16,2	67,5	98,1	60,6	84,5	42,2	65,7
Guatemala	64,6	12,1	56,9	35,0	34,6	90,0	9,3	34,8	5,4	57,1
Haití	45,5	12,8	93,7	74,3	44,3	91,0	24,0	46,3	4,9	20,9
Nicaragua	38,1	8,3	50,7	25,8	67,0	96,0	32,9	64,6	40,2	64,2
Paraguay	22,5	3,0	42,9	15,7	69,5	98,5	41,2	66,0	20,6	46,1
Perú	45,6	5,2	78,3	19,5	37,3	96,0	13,7	56,4	24,0	50,3
Rep. Dom.	21,5	2,5	66,7	23,4	96,1	99,9	88,6	95,3	51,2	63,7

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2002 apud Arroyo, 2003.

costos y lo instrumental. Saliendo de la crisis de la deuda, las prioridades eran alcanzar la estabilidad macroeconómica y desmantelar el modelo proteccionista de desarrollo.

Si bien hubo algunos logros hacia una mayor estabilidad macroeconómica, no se han producido los resultados esperados en términos de una reducción significativa de la pobreza, particularmente de la desigualdad social interna del país y de mejoras en la situación de la salud. En el año 2000 (Inei, 2002), el 48% de la población total se encontraba por debajo de la línea de pobreza, mientras que otro 15% estaba en condición de pobreza extrema. Como expresión de las dramáticas inequidades del país, si en el área urbana el 37% de la población era pobre y el 4% calificaba como pobres extremos, en el área rural estas cifras eran del 70% y 36%, respectivamente. En la misma línea, la mortalidad infantil en el área rural era de 46 por mil nacidos vivos, en tanto que en el área urbana la cifra era de 24 por mil. En ese mismo período, la población con algún tipo de seguro de salud era de 6% en el quintil de ingresos más bajos, en tanto que en el quintil de ingresos más altos, el porcentaje era del 56% (Universidad del Pacífico, 2003).

El surgimiento del terrorismo que se desató en Perú a partir de 1980 –que actualmente está controlado– no fue ajeno a las condiciones de pobreza y desigualdad, aun cuando persisten las condiciones que le dieron lugar. El narcotráfico ha protagonizado un proceso paralelo, localmente asociado –en algunas zonas– al terrorismo y vinculado con el circuito internacional. Ambos procesos han tenido profundo impacto en el país, particularmente en lo que a participación ciudadana organizada se refiere, produciéndose una nueva configuración social que tuvo consecuencias en las relaciones entre sociedad, economía y política.

Tanto el autoritarismo del régimen de Alberto Fujimori (1990-2000) como las políticas de ajuste que derivaron en los procesos de fragmentación e informalización –entre otros factores, debido a la llamada 'flexibilización laboral'–, dieron lugar a un proceso de repliegue de lo social a lo privado. Durante el gobierno de Fujimori, la participación política popular se restringió prácticamente a la mera participación electoral y a la negociación clientelar con las exiguas políticas distributivas del Estado. En el terreno específico de la salud, lo más cercano a la participación popular (distinta de la participación comunitaria, generalmente instrumental para el funcionamiento de los servicios de salud) fueron las organizaciones de sobrevivencia de mujeres, ya sea expresadas en los clubes de madres, comedores populares (existentes desde principios de la década del 80) o en el 'Vaso de Leche' (creado por el gobierno municipal en 1986).

El pobre desempeño del sector hacia finales de los ochenta creó el ambiente propicio para que entre 1988 y 1992, las organizaciones no gubernamentales de desarrollo (ONG) animaran el voluntariado en salud. Sin embargo, a partir de 1994 se retorna a una visión estadista de los servicios sociales, tendiéndose a la prescindencia de otros actores (Arroyo, 2001).

Sin duda, el principal actor del sector público en el terreno de las políticas de salud ha sido el Poder Ejecutivo. En el país, el proceso de construcción de políticas es generalmente cerrado y poco participativo. El diseño de políticas suele ser conducido por un equipo de cinco o seis técnicos (Ewig, 1998); cuando se precisa de asesores, éstos son reclutados del entorno inmediato de los técnicos. En general, no han existido canales institucionales de participación y consulta a la sociedad civil –particularmente a aquéllos y aquéllas directamente afectados por las políticas específicas (*stakeholders*). Si a esto le añadimos el histórico centralismo persistente en los 90, se podrán intuir las dificultades y el reto mayor que constituyó cualquier intento por influir en la toma de decisiones de política, particularmente desde los espacios locales alejados de la capital y desde aquellos sectores poblacionales tradicionalmente excluidos del poder político (Vallenas, 1999).

Hacia mediados de la década del 90, sin embargo, comienzan dos procesos de 'participación popular'. Por un lado –y coincidiendo con la insistencia de los organismos multilaterales en la puesta en marcha de las reformas 'de segunda generación' ante los magros resultados del ajuste ('primera generación') en la reducción de la pobreza–[1] se crean los Comités Locales de Administración de Salud (Clas), mecanismos de participación comunitaria impulsados desde el Ministerio de Salud (Minsa). Por otro lado, cobran forma diversas propuestas experimentales de vigilancia ciudadana de los establecimientos locales de salud, a iniciativa de organizaciones no gubernamentales (ONG) de mujeres.

[1] La importancia de la participación popular era ya práctica reconocida y recomendada, ya sea por su implicancia en el desarrollo de la sociedad civil y de relaciones democráticas entre sociedad y política, ya sea por su conveniencia para ejecutar eficazmente –y con menor costo– los programas de compensación social en el marco del ajuste y de la transición hacia el pleno establecimiento de los mecanismos de mercado.

Al terminar la década, algunos grupos de diversa composición –estudiantes, trabajadores, mujeres, frentes de defensa territoriales– se aglutinan y cobran fuerza inusitada. Se unen en defensa de la democracia ante la pretensión de Fujimori de prolongar el régimen mediante la burda manipulación de la Constitución, y la ausencia total de independencia de poderes. En ese dilatado proceso electoral, que va desde diciembre de 1999 hasta junio de 2001, y estimulados por la transición democrática, se van conformando grupos de interés temático que buscan influir en la toma de decisiones de política del Estado en sus respectivos campos. Uno de ellos es el Foro de la Sociedad Civil en Salud, que comienza a tomar forma durante el gobierno de transición del presidente Valentín Paniagua.

Hacia finales de los 90, Ames resumía así los cambios recientes en la relación entre política y sociedad en el Perú (Ames, 1999).

- Las transformaciones globales hacen que la política se haya convertido, en el mundo, en un terreno en el que los grandes poderes de facto –tanto del mercado como de instancias burocráticas por fuera de controles democráticos– han ganado una influencia excesiva.
- Si bien es el conjunto de la organización el que ha cambiado, un elemento central a registrar, por sus consecuencias para la relación entre sociedad y política, es el cambio en el carácter de los grupos de presión. Mientras los movimientos sociales organizados –sindicatos y movimiento barrial– se debilitaron notablemente, emergieron iniciativas ciudadanas que se caracterizan por su pluralidad y diversidad, así como por su desarticulación y debilidad organizativa.
- Los principales nexos institucionales que comunicaron sociedad y política durante el siglo XX fueron los partidos políticos. Como en otros países, su debilitamiento en el Perú es extremo y puede que no vuelvan a retomar funciones sociales anteriores, tales como ser espacios de encuentro y organización de sociedades verticales y desarticuladas, visiones y proyectos colectivos fuertes. Probablemente sólo subsista su dimensión de aparatos para competencias electorales.
- Se ha transformado la forma misma en que las personas otorgan hoy prioridad a la importancia de las distintas dimensiones de su vida. Hay una mayor valoración de lo vivido más personalmente, incluido el mundo subjetivo.

Actualmente, ya en el gobierno del presidente Alejandro Toledo –y con cobertura avances variables– están poniéndose en marcha ‘reformas del Estado de segunda generación’, entendidas desde los organismos multilaterales como aquellas medidas para reformar las instituciones públicas, eliminar la corrupción, promover el respeto de los derechos humanos, la participación ciudadana, los valores democráticos y la gobernabilidad. Entre éstas se contempla la reestructuración de las relaciones entre el gobierno central y los gobiernos regionales y locales, la reforma de la función pública (aún incipiente), y la reestructuración de los ministerios del área social (fundamentalmente salud y educación). Éstas se destacan por ser el contexto en el que se enmarca el análisis de casos seleccionados de organizaciones que estarían comprendidas en el escenario amplio de la sociedad civil.

En el 2001 se instaló el Foro del Acuerdo Nacional como espacio de diálogo entre representantes del gobierno, de los partidos políticos y de la sociedad civil para consensuar alrededor de las líneas matrices de las políticas de Estado que deberán regir durante los próximos años. En el 2002 se inició un proceso de debate acerca de la 'nueva' Constitución del Perú. Entre los años 2002 y 2003 se han expedido la Ley de Bases de la Descentralización (Ley 27.783), la Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales (Ley 27.867) y la Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (Ley 27.813), que incorporan a representantes de la sociedad civil tanto al Consejo Nacional de Salud como a los Consejos Regionales y Provinciales. A pesar de las limitaciones de las leyes, se abren nuevos espacios de participación ciudadana en la toma de decisiones políticas a distintos niveles.

Este es el marco general en el que se inscribe esta ponencia. Actualmente, están vigentes en el país diversas experiencias y modalidades distintas de organizaciones de la sociedad civil, en términos de su potencial para construir ciudadanía, para influir en el diseño de las políticas y programas del sector Salud y para aportar a la gobernabilidad democrática. Entre ellas, las de ONG que trabajan estrechamente con poblaciones muy empobrecidas ofreciendo elementos para brindarles poder como desarrollo de la capacidad de ser y expresarse como sujetos de derecho y ciudadanos. Asimismo, y particularmente desde la caída de la dictadura, han surgido importantes asociaciones identificadas ellas mismas como organizaciones de la sociedad civil. Tal es el caso del Foro de la Sociedad Civil en Salud (ForoSalud), actualmente con presencia nacional en la mayoría de las regiones del país. De las ONG y de ForoSalud nos ocuparemos en otra ocasión.

Elementos Conceptuales Sobre Sociedad Civil

En lo que sigue, y en primer lugar, trataremos del concepto de sociedad civil como referencia para la siguiente sección, en la que haremos un análisis preliminar del principal mecanismo de participación social promovido desde el sector Salud: los Comités Locales de Administración de Salud (Clas). Terminaremos la ponencia con algunas conclusiones sobre el potencial y límites de la sociedad civil –particularmente en el incipiente proceso actual de regionalización del país y de descentralización del sector Salud, para la promoción de la democracia y el desarrollo.

El tema de la sociedad civil (SC) ha venido colocándose en el espacio del interés y del debate en colectividades diversas: los sectores comprometidos con los procesos de transición democrática y con los derechos humanos, los involucrados en el desarrollo integral o sectorial, la banca multilateral y la cooperación externa, los analistas políticos y los periodistas. Hay ambigüedad, sin embargo, tanto en el significado atribuido al concepto como en las expectativas que despierta. Ello responde, entre otras razones, tanto a los orígenes históricos del concepto y los procesos contemporáneos diversos y –a veces contradictorios– como a las imágenes de sociedad que se tenga, y del papel y relaciones entre el Estado, el mercado y la sociedad

civil. Así, se va desde la apología y el voluntarismo hasta el descrédito y la subestimación de la sociedad civil, asignándole a ella las responsabilidades del Estado y de la economía en la superación de la pobreza.

En el caso de las ciencias sociales latinoamericanas, el interés teórico en la SC no se explicitó sino a la zaga del despertado entre los políticos y los activistas de la región. Se justifica actualmente y desde una perspectiva crítica, por la preocupación universal de construcción de la democracia política y social.

> El desarrollo y consolidación de la democracia en sociedades de mercado reactualiza el tema de la ciudadanía y de la sociedad civil. El actual clima intelectual e ideológico que generan los profundos cambios que se operan en la sociedad y particularmente en la economía explica, a su vez, el interés por definir bien el papel del mercado. Los temas mencionados hacen referencia directa a las grandes áreas que forman la sociedad: el Estado, la sociedad y el mercado. Son las relaciones entre ellas que explican hoy día las posibilidades democráticas de un país, la naturaleza de su constitución, la perdurabilidad de ese esfuerzo, la estabilidad cierta de sus instituciones. (Torres-Rivas, s/f:7)

El concepto de SC ahora revisitado es tributario de los aportes de Hobbes, Locke y Harrington, entre otros, y posteriormente de Hegel, Marx y Gramsci. Un nuevo punto de partida constituye la obra de Habermas, inicialmente desde *La Transformación Estructural de la Esfera Pública*, publicado en 1962, y cuyo objeto de estudio fue el surgimiento y la caída de una forma históricamente específica y limitada del ámbito público a la que llamó “el modelo liberal del ámbito público burgués”. Posteriormente, otros autores –notablemente Cohen y Arato– han sintetizado las ideas al respecto y continuado con la elaboración teórica.

En su uso moderno clásico, el concepto de SC se refiere a la totalidad de la vida social por fuera de las instituciones del Estado. En ese contexto clásico, las actividades de la empresa privada y las transacciones en el mercado forman parte central de la SC. Sin embargo, el concepto de SC ha evolucionado en el último siglo y medio, en respuesta a cambios significativos en Occidente, tanto en los estados como en las instituciones y asociaciones que existen por fuera de él. Así, a fines del siglo XIX y la mayor parte del siglo XX, la situación se revirtió con respecto al momento anterior: las elites que representaban la lógica y objetivos del estado moderno pretendieron expresar los intereses de un conjunto heterogéneo de grupos y tendencias sociales, desafiando los rumbos destructivos de la sociedad de mercado capitalista.

Cohen y Arato (1994) señalan que en las dos últimas décadas, las iniciativas, asociaciones y movimientos ciudadanos han venido orientándose cada vez más hacia la defensa y expansión de un ‘campo societal’ variadamente descrito, cuyas formas y proyectos se distinguen claramente del estadismo, que encontró sus límites. Recogiendo de Habermas, los autores elaboran sobre el potencial emancipador de la sociedad civil en una etapa en la que parecen haberse agotado las oportunidades para enfrentar en el mismo terreno a los poderes de la burocracia estatal y a las instituciones que conducen el orden del mercado. Distinguen la integración

sistémica, que compromete al estado y al mercado, orientados a la búsqueda del poder y del dinero, respectivamente, de la integración social, que es donde se despliegan las instancias comunicativas de reproducción de las identidades culturales, formación de otras nuevas y mecanismos de socialización y de realización; es en este escenario que los movimientos sociales pueden construir una nueva sociedad civil (Grompone, 1995).

El concepto de espacio público, en la elaboración de Habermas, es fundamental a la comprensión de la sociedad civil. Ésta se desenvuelve en el espacio público de la 'vida cotidiana', que él distingue del espacio privado, inherente a la vida íntima y personal. El espacio público, en las sociedades modernas, es el teatro en el que la participación política es representada por medio del habla. Es el espacio en donde los ciudadanos deliberan sobre sus asuntos comunes; por lo tanto es un terreno de interacción discursiva. Este espacio es conceptualmente distinto del Estado como de la economía oficial, por cuanto es el lugar de producción y circulación de discursos que pueden ser críticos del Estado y, lejos de ser el campo de las relaciones de mercado, es el escenario del debate y la deliberación, de la defensa de las formas de solidaridad que la racionalización sistémica pone en riesgo. Este concepto de espacio (o ámbito) público permite mantener a la vista las diferencias entre aparatos de estado, mercados económicos y asociaciones democráticas, diferencias esenciales para la teoría democrática (Fraser, 1995).

Fraser –en una observación pertinente para el análisis de los fenómenos latinoamericanos– critica a Habermas por no haber desarrollado un nuevo modelo posburgués del ámbito público como para cubrir las necesidades de la teoría crítica hoy. Fraser señala que Habermas idealiza el ámbito público liberal, y que a pesar de la retórica sobre su accesibilidad, era claro que dicha accesibilidad estaba en gran medida constituida por un número de exclusiones significativas. Cuando Habermas caracteriza el ámbito público burgués como un terreno en el que el tema a discutir está restringido al 'bien común', se está descartando la discusión de los 'intereses privados' (Fraser, 1995).

> Pero si la existencia de un bien común no puede inferirse con anterioridad, entonces no hay ninguna garantía para poner ningún tipo de censura sobre qué temas, intereses y opiniones son aceptables en la deliberación... Por lo tanto, este argumento resulta ser mucho más pertinente para las sociedades estratificadas que están obstruidas por profundas relaciones de dominación y subordinación. Después de todo, cuando las disposiciones sociales operan para el beneficio sistemático de algunos grupos de personas y en detrimento sistémico de otras, hay razones de prima facie para pensar que la postulación de un bien común compartido por explotadores y explotados puede muy bien ser una mistificación... En general, la teoría crítica necesita echar una mirada más aguda y más crítica a los términos 'privado' y 'público'. Estos términos, después de todo, no son simplemente designaciones directas de ámbitos sociales; son clasificaciones culturales y etiquetas retóricas. En el discurso político son términos poderosos que frecuentemente se despliegan para deslegitimar algunos intereses, opiniones y temas, y para valorizar otros. (Fraser, 1995:413-414)

La SC corresponde a las actividades asociativas de la 'vida cotidiana', la que contiene aquellas actividades e instituciones que están estructuradas principalmente a través de la inte-

racción comunicativa más que por los imperativos sistémicos en relación. Esta sociedad incluye una vasta gama de actividades; instituciones y redes sociales al margen del Estado y de la economía, desde clubes y organizaciones proveedoras de servicios sin fines de lucro hasta grupos de acción política.

La vida cotidiana (en cuya esfera pública se desenvuelve la sociedad civil) tiene tres componentes: la cultura, la sociedad y la personalidad, que pueden diferenciarse entre sí. En la medida en que los actores se comprenden mutuamente y se ponen de acuerdo con respecto a su situación, comparten una tradición cultural. En tanto que coordinan su acción a través de normas intersubjetivamente reconocidas, actúan como miembros de un grupo social solidario. Los individuos, al crecer dentro de una tradición cultural y participar en la vida grupal, internalizan orientaciones valorativas, adquieren competencias generalizadas para la acción y desarrollan identidades individuales y sociales. Al tener a la comunicación como medio es como se da la reproducción, no sólo del legado cultural-lingüístico sino también de los procesos de transmisión cultural, integración social y socialización, a través de 'instituciones' especializadas en la reproducción de tradiciones, solidaridades e identidades. Un concepto de sociedad civil puede afincarse en el nivel institucional de la vida cotidiana (Cohen & Arato, 1994).

> … lo que está en juego en los movimientos contemporáneos es la lucha por la destradicionalización y la democratización de las relaciones sociales en la sociedad civil. Es parte de este proyecto la redefinición de las normas culturales, de las identidades individuales y colectivas, de los roles sociales apropiados, de los modos de interpretación, y de la forma y contenido de los discursos (que hemos llamado 'la política de la identidad'. Sin embargo, desde que las instituciones autoritarias con frecuencia están reforzadas por un control desigual del dinero y del poder, y dado que la colonización de las instituciones de la sociedad civil por estos medios impide su mayor modernización, los actores colectivos contemporáneos deben también dirigirse a la sociedad política. Una 'política de inclusión' apunta a las instituciones políticas para obtener el reconocimiento de nuevos actores políticos como miembros de la sociedad política y para lograr los beneficios para aquellos a los que 'representan' También es indispensable una 'política de influencia' orientada a modificar el universo del discurso político para colocar nuevas interpretaciones-necesidades, nuevas identidades, y nuevas normas. Sólo con esa combinación de esfuerzos se puede restringir y controlar la colonización administrativa y económica de la sociedad civil, que tiende a congelar las relaciones de dominación y a crear nuevas dependencias. Finalmente, también es central a este proyecto una mayor democratización de las instituciones políticas y económicas (una 'política de reforma'). Sin este esfuerzo, cualesquiera logros dentro de la sociedad civil serán, ciertamente, tenues. (Cohen & Arato, 1994: 526) (traducción propia)

Young traduce la 'política de inclusión' como 'actividades de auto-organización' de las asociaciones, y las políticas 'de influencia' y 'de reforma' como 'actividades de la esfera pública'. Señala posteriormente que más allá de las virtudes generales de participación, las actividades auto-organizativas de la SC contribuyen a la auto-determinación y, en menor grado, al auto-desarrollo. El auto-desarrollo significa ser activamente capaz de comprometerse en el mundo y crecer. En este sentido, el auto-desarrollo ciertamente implica cubrir las necesidades básicas

de las personas, tales como alimentación, vivienda y salud, así como también educación y capacitación. En tanto que el auto-desarrollo no es reducible a la distribución de recursos, los procesos económicos orientados al mercado y al lucro afectan de manera particular la habilidad de muchos para desarrollar y ejercer sus capacidades. El uso de capacidades satisfactorias y el reconocer los modos de expresión y las formas de vida particulares depende también de la organización de la división del trabajo y de las estructuras de comunicación y cooperación.

Ambos conceptos, auto-determinación y auto-desarrollo, están asociados con la justicia social. A contracorriente de la misma están la dominación y la opresión. La primera –condiciones que impiden a algunas personas participar en las decisiones y procesos que determinan sus acciones y las condiciones de las mismas– niega la auto-determinación. La opresión consiste en los procesos institucionales sistemáticos que impiden a alguna gente aprender y usar satisfactoriamente o ampliar sus capacidades (en los términos de A. Sen) en escenarios socialmente reconocidos o expresar sus perspectivas sobre la vida social en contextos en que otros los escuchen, y niegan el auto-desarrollo. Esta desagregación de lo que constituye la injusticia social le da pie a Young para plantear los límites a la sociedad civil:

> A pesar del papel vital de la sociedad civil en la promoción de la inclusión, la expresión y la crítica a favor de una democracia profunda, estoy en contra de quienes sugieren que la sociedad civil sirve como mejor alternativa al estado actual para la promoción de la democracia y la justicia social. Las instituciones estatales tienen capacidades únicas para la coordinación, la regulación y la administración en gran escala de las que una democracia en buen funcionamiento no puede prescindir. A pesar de que la sociedad civil está colocada en tensión con las instituciones estatales, es necesario el fortalecimiento de ambos para profundizar la democracia y minar la injusticia, especialmente la que se deriva del poder económico privado. Cada uno de los aspectos sociales –estado, economía y sociedad civil– puede limitar y apoyar a los otros. Así, los movimientos sociales que pretenden mayor justicia y bienestar deben trabajar en ambos frentes, y apuntar a la multiplicación de los vínculos entre la sociedad civil y los estados. (Young, 2000:56) (traducción propia)

Análisis Preliminar de los Comités Locales de Administración de Salud (Clas)

En la sección anterior presentamos algunas consideraciones teóricas como base para el análisis de organizaciones peruanas que participan en el escenario de la sociedad civil vinculada a la salud. En el entendido de que aquellos marcos conceptuales fueron producidos sobre la experiencia de las sociedades occidentales del Primer Mundo, con sus particularidades históricas y culturales, nuestro análisis dará cuenta de algunas de las especificidades del contexto latinoamericano y peruano que trazan caminos distintos para el desarrollo de la sociedad civil.

En un documento de balance de la década pasada referido al sector Salud, Arroyo (Arroyo, 2001) argumenta que en dicho período la eficacia se contrapuso a la democracia y se optó por un gobierno cerrado, sin una gobernabilidad democrática. La participación social –en relación al

Ministerio de Salud– estuvo caracterizada por lo siguiente: a) la existencia de un amplio voluntariado social en salud; b) 'el desarrollo incierto de la participación institucionalizada desde 1994 bajo la forma de Clas' (Comité Local de Administración de Salud); c) el retroceso de todas las formas de participación y salud comunitaria tradicionalmente vinculadas a la planificación y movilización local; d) la fragmentación de la participación social en el Ministerio de Salud.

Los Clas fueron la gran experiencia de participación social en los 90 y ofrecen una gran oportunidad, estando en curso, para observar su potencial y límites en la construcción de sociedad civil en el ámbito sectorial estimulando, ojalá, las modificaciones que lo viabilicen como un modelo de efectiva participación democrática. No cabe duda de que, bien apuntalados y orientados, pueden ser una fuerza fundamental para la activación y crecimiento de la democracia asociativa hacia el logro del derecho a la salud.

El funcionamiento de los Clas no ha estado exento de tropiezos. A nivel del sistema mismo, uno de los principales problemas ha sido la ambivalencia del Minsa con respecto al respaldo político que debía darle. Esta dificultad está asociada con la falta de claridad del sector con respecto a la reubicación de la atención primaria y la salud comunitaria, que cedió paso al enfoque crecientemente tecnocrático de la salud, propio de los 90, al lado del discurso de la corresponsabilidad Estado-sociedad y del mejoramiento del gasto social (Arroyo, 2001).

El desempeño de los Clas no es homogéneo en todo el país: en muchas localidades ha presentado dificultades que responden a diversos factores. Al analizarlos, no nos ocuparemos del impacto de los Clas en la atención de la salud. Nos concentraremos en algunos aspectos que se vinculan con la naturaleza de su participación como asociaciones propositivas y de control social en el sector Salud y que, obviamente, tienen relación entre sí: a) orígenes; b) representatividad local; c) naturaleza de la participación; d) ámbito sociocultural. Para ello, recogemos tanto la información del Minsa como los hallazgos de diversos estudios realizados en diferentes momentos y con diferentes objetivos centrales que, sin embargo, apuntan a líneas de investigación que deben ser posteriormente desarrolladas.

Orígenes

En la primera parte de los 90, los bajos niveles de productividad del sistema llevaron a que todos los establecimientos del sector se comprometieran en un esfuerzo de *marketing* para ampliar la clientela. Uno de los mecanismos del gobierno fue la utilización de los Seguros Públicos. Adicionalmente, se propuso mejorar la calidad del servicio, incidiendo en los incentivos y en la gestión, usando una combinación de nuevos sistemas de pago, nuevas herramientas administrativas, mayor autonomía y mayor participación de la sociedad civil en la gestión del servicio público. Estas últimas reformas fueron lideradas por la creación en 1994 de los Comités Locales de Administración de Salud (Clas), administrados por la comunidad y financiados con fondos públicos, notablemente del Tesoro Público, aunque también los generados por la prestación de servicios (The World Bank, 1999).

Los Clas configuran un tipo particular de asociaciones de interés, en tanto que no sólo están formalmente reconocidas por el Estado sino que también fueron propuestos por el Ministerio de Salud (Minsa) como mecanismo de participación comunitaria y tienen con éste una relación contractual. Un documento oficial reza así:

> El Clas es una asociación civil sin fines de lucro, con personería jurídica, integrada por representantes de la comunidad organizada, para administrar un puesto o centro de salud, con el fin de mejorar la salud de la comunidad. Es una modalidad descentralizada de administración, donde el Estado comparte esfuerzos y recursos con la comunidad. (Ministerio de Salud, 1996:13)

Las funciones del Clas son trabajar con los proveedores de salud para desarrollar un plan de salud local, definir el presupuesto para implementarlo, y hacer un seguimiento de los gastos y de la provisión de servicios a la comunidad. Para constituir un Clas, el Jefe del centro o puesto de salud convoca a los representantes de la comunidad para presentar los objetivos del Clas y para elegir a los miembros de la Asamblea. Ésta se compone de siete personas: tres son los representantes directos de la comunidad, otros tres –miembros también de la comunidad– representan al Estado y son propuestos por el Jefe de establecimiento ante la Dirección Sub-Regional de Salud. El Jefe de establecimiento es miembro nato de la Asamblea. Ésta elige a su Consejo Directivo, constituido por tres líderes de la comunidad, y el Jefe del Establecimiento es quien hace las veces de gerente del Clas.

Hacia fines del 2001, el 35% de los establecimientos del primer nivel de atención –con una población aproximada de nueve millones de habitantes bajo su responsabilidad– contaban con Clas. Éstos tenían asiento en los 24 departamentos del Perú.

La creación del mecanismo de los Clas suscitó reacciones encontradas. Desde sectores comprometidos con la participación comunitaria se generó una gran expectativa, en tanto que importantes grupos de trabajadores del sector observaban los dispositivos pertinentes como una amenaza a su situación laboral. Esto último fue alimentado por la escasa difusión que se dio a los objetivos del Clas, lo que dio lugar a tergiversaciones: por ejemplo, se dijo que se trataba del primer paso hacia la privatización de los servicios de salud.

> Desde su inicio, el Programa de Administración Compartida (del Minsa, del cual formaba parte la propuesta de Clas), se desarrolló a contracorriente del contexto político nacional y sectorial. El desplazamiento del manejo de recursos y poder de decisión al nivel local, el poco entendimiento del modelo de gestión por los funcionarios públicos y las propias complejidades del mismo, resultaron en situaciones de ruptura, determinando momentos críticos para su continuidad. (Díaz, 2001:16-17)

Representatividad local

En 1998, el Minsa realizó un estudio sobre los Clas y la participación comunitaria, en el cual se establecía que el tejido social en el cual se insertan los Clas es relativamente fuerte

(clubes de madres, Vaso de Leche, asociaciones de padres de familia). No obstante, la conclusión central reportaba el poco conocimiento de los líderes comunitarios de la existencia de los Clas en sus servicios (Díaz, 2001).

Ese mismo estudio informaba que el 78,7% de los líderes de Clas habían sido elegidos en Asambleas Generales. Otro estudio del mismo año (citado en Arroyo, 2001) matizaba este aserto, concluyendo que el modelo mismo de los Clas conlleva una modalidad de 'participación fría', lo que significaría que el modelo de Clas practicado involucra a los líderes comunales pero no necesariamente a sus comunidades. En otras palabras, no hay una plena representatividad de los miembros de la comunidad en tanto que los integrantes de los Clas no son necesariamente elegidos por una asamblea comunal o mediante sufragio universal. O'Brien y Barrenechea ratifican la baja participación comunitaria canalizada por los Clas, señalando que esta es individual y no colectiva, no estructurada y a solicitud del servicio en la mayoría de casos.

Como en cualquier otro espacio social, en las comunidades Clas existe un sistema de estratificación social y de poder. En un estudio que realizáramos en 1999 (Anderson et al., 2000) por encargo del Minsa, con trabajo de campo en zonas rurales y urbanas marginales, que es donde operan principalmente los Clas, se constató la presencia de cuatro factores de exclusión de las organizaciones y, dentro de ellas, de los cargos y procesos de decisión: étnicos, de género, de edad (marginación de los más jóvenes y de los más viejos) y de clase social, fuertemente vinculados al nivel de educación formal, al prestigio ocupacional y a los recursos económicos personales. Este parece ser el caso en la elección –o selección– de los miembros del Clas. Información no sistemática señala que, en ocasiones, es el Jefe del establecimiento el que escoge 'a dedo' a los participantes del Clas usando criterios como un mayor nivel educativo o mayor poder local, que dan soporte a una anticipada mayor eficiencia, pero no a la representatividad de los distintos segmentos de la población y a la construcción de una identidad solidaria.

> La configuración actual de relaciones entre actores en todas las localidades del país hace poco probable que los grupos marginales, los que corren con mayor riesgo de exclusión, sean representados o tengan cualquier tipo de participación en –o acceso a– los Clas. Tendría que haber una intervención adrede y un rediseño de los mecanismos de elección, procedimientos y acceso a la fiscalización para que eso se diera. (Anderson et al., 2000:160)

Naturaleza de la participación

Más allá de las funciones declaradas de los Clas (arriba anotadas), las reservadas para la Asamblea General, el Consejo Directivo, el Presidente del mismo y el Gerente del Establecimiento, son harto elocuentes acerca de la capacidad de decisión de los representantes de la comunidad. Así, por ejemplo, la Asamblea debe aprobar modificaciones al estatuto, el balance anual, el programa de salud local y el presupuesto. Las funciones del Consejo Directivo que sugieren mayor nivel de decisión son la participación en la formulación del programa de salud local, la supervisión del mismo y la formulación del presupuesto anual. El Presidente (miembro de la

comunidad) representa, coordina, convoca y preside, teniendo como responsabilidad mayor el disponer la ejecución del programa de salud local.

Del otro lado, el Gerente del establecimiento (Jefe del mismo, funcionario del Minsa) es el responsable de dirigir, organizar, evaluar 'conjuntamente con el personal' la cobertura y calidad de los servicios que presta el establecimiento, y proponer al Consejo Directivo los requerimientos de personal.

En el estudio del Minsa de 1998, recogido por Arroyo, se registraba que en siete años de funcionamiento de los Clas, el programa había promovido de manera importante la participación de tipo colaborativo de sus miembros en relación a los servicios. Se nota la existencia de "una clara tendencia de los establecimientos de salud a considerar a la comunidad únicamente como un recurso de ejecución de tareas planificadas desde la oferta de los servicios" (Arroyo, 2001:53).

Como la apertura del espacio a la participación comunitaria es importante, ésta aparece aún restringida en términos de la autonomía de la representación comunitaria para el desarrollo de propuestas y del potencial menoscabado de control social; es, finalmente, una institución del Estado la que controla la estructura y los procesos de participación, definición de espacios, actores, agendas, procedimientos.

Ámbito sociocultural

Las relaciones de la sociedad civil con la vida política no obedecen a un patrón normativo. En la vida cotidiana –incluidas la cultura, la sociedad y la personalidad– se reflejan los procesos históricos, las oportunidades y condicionantes del desarrollo de sujetos colectivos de la sociedad civil. Recordemos el contexto económico, social y político peruano descrito al iniciar esta ponencia, e incluyamos, además, el mundo subjetivo y cultural de los actores que intervienen en la experiencia Clas y en su entorno. Como bien señala López:

> La ciudadanía no es sólo un conjunto más o menos articulado de prácticas ciudadanas en torno a un conjunto de derechos y de responsabilidades, sino que ella es también el cúmulo de vivencias, percepciones, conocimientos, evaluaciones, sentimientos que, de alguna manera, configuran la forma como son los 'ciudadanos por dentro' en el Perú. Es imprescindible tomar en cuenta esta dimensión subjetiva de la ciudadanía en un país marcado profundamente por una pesada herencia colonial, por una compleja heterogeneidad racial y étnica y por enormes desigualdades económicas, sociales, regionales y de género. En un contexto así, la ciudadanía es vivida en forma diferente por los peruanos y las peruanas según el tipo de inserción y de relación con el complejo contexto señalado. (López, 1997:440)

Las relaciones alrededor de los Clas no hacen sino reproducir los rasgos autoritarios y elitistas que forman parte de la cultura nacional y, tal vez, con mayor intensidad en las zonas de mayor pobreza.

En una encuesta representativa del nivel nacional realizada en 1997, López encontró una significativa relación entre niveles de educación e ingreso y niveles de ciudadanía. Asimismo, halló que existe una relación negativa entre la vulnerabilidad social y el nivel de competencia política. Es decir, las personas más vulnerables socialmente (las que tienen menos posibilidades de que sus hijos accedan al colegio y adquieran una profesión, que no tienen un ingreso suficiente para la vejez ni cuentan con los niveles adecuados de salud) se sienten menos capaces de influir en las autoridades y en los espacios públicos. En cambio, las personas menos vulnerables socialmente creen que pueden influir a través de diversos medios en las decisiones de las autoridades y en los espacios públicos (López, 1999).

En un contexto como el de los Clas, en el que se tejen relaciones entre sectores de distinto nivel de vulnerabilidad, es grande el reto para construir un ambiente en el cual se compartan las decisiones entre los profesionales del sector y los representantes de la comunidad. Está de por medio el tema del poder.

Si poder significa control, el 'empoderamiento' es el proceso de ganar control, tanto sobre los recursos (físicos, humanos, intelectuales, financieros y del propio ser), como sobre la capacidad de ser, de expresarse uno mismo. Para ser sustentable, el empoderamiento debe modificar tanto la autopercepción de las personas como el control sobre sus vidas y sobre sus ambientes materiales. El Clas, como mecanismo sectorial de participación social, puede generar un entorno favorable o crear una barrera al proceso de toma de poder o empoderamiento. El gobierno, sin embargo, no brinda poder a las personas; son ellas las que lo toman para sí mismas (Sen, 2002).

Como la cultura no es únicamente asunto de 'los otros', de los pobres, los indígenas y los excluidos, para comprender las relaciones entre los actores del Clas es necesario acercarse a los patrones institucionales del sistema de salud.

En una investigación ya citada (Anderson et al., 2000), al indagarse acerca de la percepción de la población sobre la toma de decisiones en la localidad, se encontró que en un extremo estaban las organizaciones de base (territoriales y femeninas), donde hay una amplia participación de los/las integrantes en la toma de decisiones, y en el extremo opuesto se ubicó a las instituciones del Estado –el Minsa incluido, como instancias de toma de decisiones verticales, fuera de la vista del público.

El Minsa no solamente tiene una estructura vertical, sino una tradición igualmente vertical de conducción de los programas, a través de órganos de dirección, correas de transmisión y financiamiento propios, sistema que no concuerda con la noción de un programa de participación social como el Clas. Se podría conjeturar que la resistencia a éste desde el sector, particularmente desde 1997, ha sido expresión del temor –no sólo del nivel central sino también de las direcciones regionales– de perder el control directo de los establecimientos y del propio personal. Entre algunos funcionarios, además, se generó la preocupación por un 'excesivo' poder de la comunidad a través de los Clas que derivó en la suspensión o cambios del personal local.

A Modo de Conclusión

Observaciones generales

Conceptos como 'sociedad civil', 'capital social' y 'participación' forman parte de discursos tan diversos como los de grupos comprometidos con la democracia, los gobiernos, las agencias de desarrollo, la banca multilateral y las propias asociaciones de la sociedad civil. Sin embargo, los significados atribuidos a estos conceptos son diversos, según el marco ideológico en el que se procese.

La definición que manejamos entiende por sociedad civil al conjunto de asociaciones voluntarias organizadas libremente por agrupaciones de ciudadanos para desarrollar, alrededor de fines específicos, tipos diversos de acción colectiva y para organizar múltiples espacios de comunicación y de deliberación pública. Estas asociaciones mantienen una autonomía relativa con respecto al subsistema político y al subsistema económico.

La sociedad civil reproduce las diferencias socioeconómicas hoy exacerbadas por el mercado. La heterogeneidad de la sociedad torna desigual la oportunidad de organización, de participación y de influencia en las políticas expresadas por la sociedad civil.

La sociedad civil no reemplaza al Estado. La construcción democrática –como proceso interactivo entre Estado y sociedad– supone el fortalecimiento de ambas esferas. El Estado debe abrir espacios y canales, crear mecanismos y fomentar prácticas que faciliten la participación ciudadana. Por su lado, la sociedad civil debe presionar al Estado para que esas transformaciones se hagan efectivas y para que la población se constituya en ciudadanía, y los pobladores en sujetos de derecho, tanto individuales como colectivos. En tal medida, el cambio democrático del Estado va acompañado de crecientes niveles de densidad ciudadana.

La transición democrática en el Perú –observada con optimismo cauteloso– abre las puertas hacia el desarrollo de formas asociativas alrededor del derecho a la salud, en términos de influencia en las políticas y de control social del Estado.

Observaciones en relación a los Comités Locales de Administración de Salud (Clas)

Los Clas, como modelo dominante de participación comunitaria en el sector Salud, constituyen una experiencia muy rica a observar, en términos de la generación de verdaderos espacios de deliberación, propuesta y control social en el marco del derecho a la salud.

De manera específica, el proceso de gestión compartida permite a la comunidad organizada adentrarse en la máquina del Estado, conocer la 'lógica' del funcionamiento de las entidades y servicios públicos con sus límites y, bien llevado, estimula la construcción de una relación de corresponsabilidad y de manejo del conflicto, buscando consensos cada vez más calificados.

Los Clas, a lo largo de sus nueve años de funcionamiento, han mostrado dificultades. Entre las observadas están los mecanismos de representación de la comunidad en la Asamblea y en el Comité Directivo. Merecerían considerarse también los mecanismos capaces de superar o esquivar bloqueos, y discriminaciones que reducen o impiden la participación de determinados segmentos de la población.

Otra dificultad se refiere a los niveles de participación y autonomía de criterio de los representantes de la comunidad en la toma de decisiones que, a través del establecimiento, afectan a la comunidad. Esto se vincula tanto con el diseño del modelo como con la cultura política de los unos y los otros (comunidad y sistema formal de salud).

La historia de las relaciones de poder –desde el nivel nacional hasta el local– pesa en los intentos de generar estilos democráticos. La tradición de participación y de cultura cívica está prácticamente ausente en el país. Persisten rasgos como el clientelismo y aún está presente la desbordante corrupción de los 90, sin hablar del autoritarismo y del elitismo de siempre. La cultura política –creencias que la gente tiene sobre el sistema político– también afecta los niveles de participación, en tanto su actuación está sujeta a la percepción de la propia capacidad de influencia, de la apertura al cambio del sistema y de la credibilidad en sus autoridades. En esa línea, la frustración e impotencia frente a canales de participación que no corresponden a la intensidad de la movilización y la participación pueden derivar en apatía y debilitamiento de la vida asociativa. Las instituciones formales del sector tienen allí un gran reto.

La ganancia de poder que suponen los mecanismos de real participación social debe traer aparejada no sólo el control sobre la capacidad de ser y expresarse –espacio que abrirían los Clas– sino también el control sobre los recursos físicos, humanos, intelectuales y económicos. De allí que la construcción de un tejido ciudadano consistente tenga que enmarcarse en una propuesta integral de desarrollo que comprometa a las esferas del Estado, el mercado y la sociedad civil.

La historia de las experiencias de mesas de concertación y mecanismos similares de coordinación interinstitucional en los niveles locales advierten sobre la necesidad de trabajar el diseño y la aplicación de este tipo de formatos de participación y coordinación con mucho cuidado, con gran conocimiento de la realidad sociopolítica y cultural del país, planteando expectativas realistas.

En el Perú existe una masa crítica de profesionales y actores del Clas que apuesta a la continuidad y a las contribuciones de este modelo como organización de la sociedad civil a nivel comunitario. De su capacidad de organización, de propuesta, de generación de espacios públicos de formación de opinión pública y de influencia en los niveles de decisión de políticas depende, en gran medida, el futuro de los Clas.

Referencias Bibliográficas

AMES, R. El impulso a una agenda democrática ante los cambios de la política y los nuevos contenidos públicos de lo social. In: HENRÍQUEZ, N. (Ed.) *Construyendo una Agenda Social*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, 1999.

ANDERSON, J. & VALLENAs, S. et al. *Informe Final del proyecto Evaluación Social del Programa de Apoyo a la Reforma del sector Salud (PAR Salud*). Lima: Centro de Investigaciones Sociológicas, Económicas, Políticas y Antropológicas de la Pontificia Universidad Católica del Perú (Cisepa-Pucp), 2000.

ARROYO, J. *Gobernabilidad en Salud en Perú en los Noventa*. Lima: Ministerio de Salud, 2001.

ARROYO, J. Los retos para un Acuerdo Nacional por la Salud. ForoSalud, I Conferencia Nacional, Lima 2003.

COHEN, J. L. & ARATO, A. *Civil Society and Political Theory*. Boston: MIT Press, 1994.

DÍAZ, R. Clas enfrenta el riesgo de la desfiguración del modelo. *Semanario Gestión Médica*, año 6, 249:2-3, dic. 2001.

EWIG, C. Democracia diferida: un análisis del proceso de reformas en el sector Salud peruano. Ponencia presentada al seminario Pobreza y Políticas Sociales en el Perú, Lima, 1998 (separata).

FRASER, N. Repensar el ámbito público. In: GROMPONE, R. (Ed.) *Instituciones Políticas y Sociedad*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos, 1995.

GROMPONE, R. La irrupción de la sociedad en la política. In: GROMPONE, R. (Ed.) *Instituciones Políticas y Sociedad*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos, 1995.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI). *Compendio Estadístico 2002*. Lima: Inei, 2002.

LÓPEZ, S. *Ciudadanos Reales e Imaginarios*. Lima: IDL - Instituto Diálogo y Propuesta, 1997.

MINISTERIO DE SALUD. *Administración Compartida: los Comités Locales de Administración de Salud (Clas)*. Lima: Minsa, 1996.

SAGASTI, F. et al. *Equidad, Integración Social y Desarrollo: hacia un nuevo enfoque para la política social en América Latina*. Lima: Agenda: Perú, Universidad del Pacífico, 1999.

SEN, G. El empoderamiento como enfoque a la pobreza. *Magazine Catalunya Global* 13, 2002. http://www.iigov.org.

TORRES-RIVAS, E. La sociedad civil en la construcción democrática: notas desde una perspectiva crítica, separata, s/f.

UNIVERSIDAD DEL PACÍFICO. *Economía y Salud*, año 1, 1, mar. 2003.

VALLENAS, S. *Estudio de Caso Perú: Red Nacional de Promoción de la Mujer*. Lima: Proyecto Policy, 1999 (sin publicar).

WORLD BANK. *Peru: improving health care for the poor*. Washington, D.C.: The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, 1999.

YOUNG, I. M. *Inclusion and Democracy*. Oxford: Oxford University Press, 2000.

20. PROTESTA SOCIAL Y SALUD:

UN ABORDAJE ANTROPOLÓGICO DE LAS DEMANDAS E INICIATIVAS DE SALUD EN EL MARCO DE LA MOVILIZACIÓN SOCIAL EN LA ARGENTINA (2001-2003)

Mabel Grimberg

Desde fines de los años 70, los cambios en el modelo de acumulación de capital y regulación social impulsados por políticas neoliberales, promovieron procesos de concentración política y económica que intensificaron la desigualdad social y la precarización de las condiciones de vida de vastos conjuntos sociales. La profundización de estas políticas a partir de los 90[1] se tradujo en nuestro país en niveles sorprendentes de precarización de las relaciones laborales, desempleo, subempleo y en un incremento notable de la pobreza y la indigencia,[2] que culminaron en una crisis inédita en nuestra historia.

Me interesa destacar que estos procesos, en particular la extensión del desempleo y el subempleo, han impactado profundamente en la vida cotidiana de los sectores subalternos, desdibujando las fronteras tradicionales entre ocupación y desocupación, entre espacio público y privado, en un proceso que: a) ha comprometido la vida (la sobrevivencia) de cada vez más sectores de población; b) afectó todas las dimensiones de su vida cotidiana; c) reestructuró las formas y los sentidos del trabajo, reinsertándolo y entramándolo en otras formas de organización social de la vida cotidiana, modificando o produciendo nuevas relaciones entre el espacio laboral y los espacios doméstico-familiares y barriales, tal como lo ponen de manifiesto los emprendimientos productivos familiares o de organizaciones sociales y políticas barriales; y d) tiende a extender e intensificar procesos de explotación y autoexplotación.

---

[1] Entre éstas, el fortalecimiento de la concentración y la hegemonía del sector financiero, la generalización del programa privatizador de empresas del Estado, estrategias cambiarias a favor de las importaciones, concentración y consecuente quiebre del sector industrial de mayor impacto en el empleo, etc. Para un análisis de este proceso ver Basualdo (2001).

[2] Datos oficiales para octubre de 2002 del total de aglomerados urbanos: desempleo: 17,8% (varones: 18; mujeres: 17,6); subocupación: 19,9% (varones: 17,5; mujeres: 22, 2); pobreza: 57,5%; indigencia (no acceso a una canasta básica de alimentos de "un umbral mínimo de necesidades energéticas y proteicas"): 27,5% (Encuesta Permanente de Hogares, Instituto Nacional de Estadística y Censo. Buenos Aires, 2002).

Este contexto promovió, al mismo tiempo, procesos más generales de vulnerabilidad social por regiones, por segmentos de los sectores subalternos, por género y edad,[3] así como notorios problemas de acceso a la atención médica.[4] Pero a su vez, y esto debe ser reafirmado, estos procesos se intensificaron en el marco de una política que restringió o eliminó la intervención social del Estado en áreas básicas como la alimentación, la salud, la educación y la vivienda.

En este escenario, desde mediados de la década del 90 comenzó a visibilizarse una creciente conflictividad social, que mostraba una notoria difusión de formas de protesta, así como novedosas modalidades de organización de los conjuntos afectados. Los hechos del 19 y 20 de diciembre de 2001 y la sucesión de acontecimientos acaecidos durante 2002 y principios de 2003, pusieron de manifiesto un proceso de movilización que combinó distintos niveles de cuestionamiento a los modelos dominantes de representación política y a los modos de hacer política, con la ampliación de un espacio de debate en torno al trabajo, la salud, la educación, y la vivienda, en el que convergieron prácticas de demanda e impugnación al Estado e iniciativas autogestivas locales.

Este trabajo constituye una primera aproximación a las demandas y las prácticas de salud desarrolladas por distintos agrupamientos sociales protagonistas de la movilización.[5] Desde un enfoque antropológico-político, abordamos estas prácticas como una dimensión de la acción colectiva en el marco del proceso de movilización social y política en la Argentina durante los años 2001, 2002 e inicios de 2003. Desde esta perspectiva, el concepto de protesta social[6] permite dar cuenta de modalidades de acción colectivas de confrontación y negociación, fuertemente dirigidas hacia el Estado y de notoria visibilidad pública por sus medidas de fuerza, caracterizadas por su heterogeneidad y fragmentación en aspectos identitarios, por sus formas organizativas y por el carácter y los sentidos políticos otorgados a sus prácticas. Simultáneamente, también por procesos de articulación social y política a partir de una trama de múltiples solidaridades entre diferentes actores (Grimberg, Manzano & Fernández Alvarez, 2004).

[3] Según datos del Informe a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, la mortalidad por causas evitables de menores de un año pasó de 12.120 en 1999 a 17.000 en 2002. Durante el último trimestre de 2002 en La Matanza (Conurbano Bonaerense) de 6.900 niños, 1.600 nacieron desnutridos, el 70% de los jóvenes menores de 14 años se ubicaba bajo el nivel de pobreza, y de ellos la mitad estaba bajo el nivel de indigencia; la tasa de mortalidad infantil triplicaba a la de Singapur, era un 90% superior a la de Cuba, y un 35% superior a la de Chile. Esta fuente destacaba el incremento de la desnutrición en niños mayores de 5 años y en jóvenes, de enfermedades respiratorias y parasitarias, la baja del rendimiento escolar, el aumento de la explotación a niños y de heridos y muertos por violencia. 'Estado de Salud en la Argentina'. Informe a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Buenos Aires, octubre 2002.

[4] Según datos disponibles, el porcentaje de población dependiente exclusivamente de la atención pública pasó del 37,6% en 1997 al 43,2% en el 2001, mientras que los que tenían alguna clase de cobertura social (para trabajadores activos o pasivos) decrecieron en ese mismo lapso del 50,3% al 46,7% (Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales - Siempro. Buenos Aires, 2002).

[5] Sintetizamos resultados parciales de una investigación etnográfica sobre resistencia y protesta social, centrada en las categorías teóricas de construcción social y hegemonía. Se analizan los procesos de formación de actores, las modalidades de acción política y de construcción identitaria en la Argentina contemporánea en tres tipos de actores sociales –movimientos de trabajadores desocupados, fábricas 'recuperadas' y asambleas barriales–.

[6] Para una discusión sobre protesta, movimientos sociales y acción colectiva puede verse Eckstein, 2001; Tilly, 2000. Para la discusión sobre estos procesos en la Argentina: Schuster & Pereyra, 2001; Auyero, 2002; Caffassi, 2002.

Focalizaremos aquí los principales ejes de demanda hacia el Estado, las iniciativas y acciones autogestivas y los sentidos que los distintos agrupamientos dan a estas prácticas, así como las diversas modalidades de vinculación con el sector público de salud (centros, hospitales), las asociaciones sindicales y los profesionales de salud.[7] Nos proponemos mostrar, en primer término, cómo en el marco de la movilización social y política de fines de los 90, y sobre todo durante los años 2001 y 2002, cobró forma un proceso de politización de los problemas de salud expresado en diversas prácticas explícitamente definidas "en defensa de la salud y de la vida".

En segundo lugar, si bien algunas de estas prácticas han formado parte de las tradiciones de formación y desarrollo de agrupamientos barriales –en particular de procesos de ocupación de terrenos o asentamientos ilegales– o de los repertorios de distintas organizaciones militantes desde los años 60 y 70, en su conjunto presentan novedosos aspectos tanto en el carácter como en las significaciones otorgadas a las demandas o a las acciones autogestivas. Por último, los problemas de salud/enfermedad/atención no sólo se han constituido en 'ejes convocantes de movilización' en la coyuntura, sino que también conforman un 'eje organizador' de renovadas prácticas y agrupamientos sociales.

La Movilización y los Actores

A mediados de la década de los 90 se intensificaron acciones de resistencia y protesta social,[8] sobre todo en aquellas zonas afectadas por la privatización y el desmantelamiento de las grandes empresas estatales de petróleo, carbón, etcétera. Desde el 20 al 26 de junio de 1996, residentes de las ciudades de Cutral-Có y Plaza Huincul, provincia de Neuquén, bloquearon rutas en demanda de fuentes de empleo en una protesta que inició la denominación de 'piqueteros'.[9] Ese año, gremios estatales y otros sectores sociales ocuparon durante seis meses la plaza principal de la ciudad de Corrientes,[10] al tiempo que organizaban marchas y concentraciones que incluían cortes de rutas y puentes. En 1997 fueron bloqueadas nuevamente rutas en Cutral-Có, y en las localidades de Mosconi y Tartagal en las provincias de Salta y Jujuy respectivamente (21 cortes de ruta durante 12 días organizados por sindicatos municipales y organizaciones de desempleados); a fines de ese año se realizaba en Florencio Varela el primer corte de ruta de la provincia de Buenos Aires. A partir de ahí, en tres años, los bloqueos de calles y rutas

---

[7] El material de campo y documental ha sido aportado por Virginia Manzano, María Inés Fernández Álvarez, Aldo Casas (Lic. en Ciencias Antropológicas); Maximiliano Pelusso, Miranda González Martin, Sol Arroyo, Silvia Zangaro, Verónica Tirotta (estudiantes de Antropología) y Gonzalo Moyano, médico tesista de maestría en Ciencias Sociales y Salud, Cedes-Flacso.

[8] Sus antecedentes inmediatos fueron: en septiembre de 1991, trabajadores y sus familias de Sierra Grande, provincia de Rio Negro, bloquearon una ruta por el cierre de la empresa minera Hipasam; en diciembre de 1993, luego de un año de marchas y concentraciones de gremios estatales y otros sectores sociales, una manifestación incendió y saqueó edificios públicos y viviendas de funcionarios y políticos locales en una ciudad del interior, Santiago del Estero, en una jornada que quedó identificada como el 'Santiagazo'.

[9] Denominación para agrupamientos de desocupados que efectúan bloqueos de rutas o calles. En las tradiciones sindicales de la Argentina, el 'piquete' refería al grupo de activistas que efectuaba un bloqueo durante una medida de fuerza como un paro, una huelga o una ocupación.

[10] Capital de la provincia del mismo nombre.

y la ocupación de plazas y otros espacios públicos –carpas, ollas populares– se extendieron por todo el país, sumándose a partir de 2000, y en especial durante 2001 y 2002, un número creciente de sectores sociales.

Una mirada de conjunto a las modalidades de acción colectiva y a los modos de definición de los actores permite puntualizar ciertas características distintivas desde mediados de los 90. En primer término, el desplazamiento del conflicto desde el sector industrial privado al sector público (nacional, provincial o municipal): disminución de reclamos por salarios y crecimiento de las demandas por salarios adeudados y despidos, aumento de la protesta de trabajadores estatales en las provincias y protagonismo de gremios provinciales y municipales, disminución de medidas de fuerza como el paro o la huelga y aumento de cortes de ruta y ollas populares (Auyero, 2002).

En segundo término, una notoria multiplicidad de actores sociales: trabajadores desocupados de distintas categorías ocupacionales y calificaciones laborales, trabajadores que ocuparon fábricas o empresas en proceso de vaciamiento, vecinos que se organizaron en 'asambleas', partidos políticos de izquierda, agrupaciones sindicales y gremios alineados en agrupamientos opositores a las centrales de trabajadores hegemónicas, organismos de derechos humanos, etc. Ahora, este proceso no sólo puso de manifiesto un evidente aumento en la definición y organicidad de los actores de la protesta, sino que simultáneamente mostró significativos espacios de articulación entre ellos.

Una cuestión a destacar es que son las modalidades de acción las que definen nuevos actores sociales o redefinen los ya existentes. Por un lado, a partir de la difusión del 'piquete' –'piqueteros'– en el marco de un notorio crecimiento de organizaciones de trabajadores desocupados de base terrritorial, que reclamaron subsidios ('planes') de desempleo y alimentos a través de este medio o del funcionamiento de 'asambleas barriales' desde principios de 2002. Por otro, a partir de las ocupaciones de fábricas en peligro de cierre –'fabricas recuperadas'–.[11]

Según datos de campo de este equipo (Manzano, 2002a, 2002b) los primeros agrupamientos 'piqueteros' surgieron en partidos del Gran Buenos Aires (La Matanza, zona oeste, y San Francisco Solano y Quilmes, en la zona sur) a partir de distintas organizaciones sociales y políticas,[12] cuyos antecedentes más inmediatos fueron los procesos de ocupación de tierras y la constitución de asentamientos de viviendas durante los 80, y las 'ollas populares' del período de la hiperinflación en 1989. Su extensión en los 90 y su notable crecimiento a partir de 2000 como organizaciones de desocupados, se articuló básicamente en relación a las políticas imple-

[11] En el marco de los procesos hiperinflacionarios y las quiebras de la década del 80, numerosas empresas fueron ocupadas por sus trabajadores, quienes ensayaron distintas modalidades de funcionamiento con dispares resultados. Desde mediados de los 90 el número aumentó por el crecimiento de los cierres y de la 'explosión' del desempleo, alcanzando en la ciudad de Buenos Aires y el Conurbano Bonaerense un total de 61 empresas a principios de 2003.

[12] Entre ellas, las Comunidades Eclesiales de Base vinculadas a la Teología de la Liberación, organizaciones vecinales y grupos políticos de distintas orientaciones.

mentadas por el Estado, a través de movilizaciones en demanda de los programas de subsidios de desempleo de sucesivos gobiernos provinciales y nacionales y, fundamentalmente, de la gestión organizada de estos recursos.[13]

En el caso de La Matanza, a partir de 1996, algunas organizaciones barriales comenzaron a funcionar en una 'red de barrios' coordinando acciones con gremios estatales, efectuando 'acampes' en plazas públicas, ollas populares y cortes de rutas en demanda de subsidios de desempleo y alimentos, entre ellas, los movimientos de trabajadores desocupados de la Federación de Tierra, Vivienda y Hábitat (FTV) y de la Corriente Clasista y Combativa (CCC).[14] En 1997, en San Francisco Solano se organizó el Movimiento de Trabajadores Desocupados (MTD) que comenzó con asambleas y marchas al Municipio en demanda de 'planes', y en noviembre de ese año, realizó el primer corte de ruta. Desde 1999 en adelante se organizaron agrupamientos similares en distintos partidos de la provincia de Buenos Aires, en la Ciudad de Buenos Aires y el interior del país, formando la Coordinadora Aníbal Verón. Posteriormente fueron surgiendo y cobrando visibilidad organizaciones piqueteras vinculadas a diferentes partidos políticos.[15]

En los primeros meses de 2002 surgieron más de cien 'asambleas barriales' en la ciudad de Buenos Aires, el Conurbano Bonaerense y ciudades del interior del país. Si bien su principal eje de organización fue el cuestionamiento al sistema político, no menos importante ha sido la búsqueda de implementación de modalidades de vida alternativas en términos económicos, sociales y políticos. Las asambleas se caracterizaron por una notoria heterogeneidad social (profesionales, estudiantes, jubilados, desocupados, trabajadores estatales, pequeños comerciantes, trabajadores precarizados, etcétera) y política (sin experiencia política, activistas y militantes de agrupamientos de la izquierda, ex militantes de los 60, etcétera). Se organizaron en torno de la ocupación del espacio público (esquinas, plazas, parques) y de la propuesta de formas democráticas de participación y decisión colectivas poniendo énfasis en la "democracia directa", la "horizontalidad", el "privilegio del consenso" y la "autonomía".[16]

En este marco de movilización, la mayor parte de los agrupamientos sumó objetivos de salud a sus demandas o incluyó algún tipo de actividad en sus iniciativas orgánicas cotidianas.

---

[13] Desde mediados de los 90 se implementaron distintos programas provinciales enmarcados en las políticas focalizadas del Banco Mundial. Desde principios de 2002 está vigente el Plan Nacional de Jefes y Jefas de Hogar. Los planes han incluido un subsidio en dinero por persona y variables requisitorias de trabajo, se han ejecutado desde organismos provinciales y municipales que en su mayor parte los distribuyen según las redes políticas clientelares y la presión de las organizaciones sociales/sindicales o de otro tipo encargadas de su gestión. En este marco, la movilización –el piquete– lograba la adjudicación y ejecución de los 'planes'.

[14] Entre ellas, el Movimiento de Trabajadores Desocupados de La Matanza; la Federación de Tierra, Vivienda y Hábitat (FTV) adherida a la Central de Trabajadores Argentinos (C.T.A), fundada en 1998, que reúne organizaciones de asentamientos; casas tomadas, inquilinatos y pensiones; villas y barrios urbanos; indígenas; campesinos y trabajadores rurales; adjudicatarios de viviendas sociales;etc; y de la Corriente Clasista y Combativa corriente sindical vinculada al Partido Comunista Revolucionario, que en el año 1998 realizó el Primer Plenario Nacional de Desocupados.

[15] Entre ellos: Movimiento de Trabajadores Desocupados 'Teresa Vive', Movimiento Teresa Rodríguez, Polo Obrero, Movimiento Territorial de Liberación, Movimiento Barrios de Pie, etc.

[16] Sobre asambleas ver Cafassi, 2002; Dri, 2002; Grimberg et al., 2002, 2004; Grimberg, Manzano & Fernández Alvarez, 2004

Estas prácticas implican un complejo proceso que entrelaza percepciones y categorizaciones, desde las cuales se identifican problemáticas, se tipifican modos de resolución y se ponen en marcha mecanismos de procesamiento colectivo y modos de acción y relación con distintos actores sociales.

En las páginas siguientes se efectúa una sistematización que incluye las prácticas relacionadas directa o indirectamente con problemas de salud, es decir, las iniciativas de autoatención, las demandas y actividades vinculadas a la atención médica o de detección de problemas de salud, las acciones y programas que sus protagonistas definen como de "prevención", "promoción de la salud" o "defensa de la salud y la vida".

Iniciativas y Demandas de Atención Médica y Medicamentos. El Control de Gestión de Recursos De Salud

En la Argentina existe una larga tradición en la que la 'salita', la 'guardería' o la 'escuela' funcionan como objetivos centrales de procesos de movilización barrial. También forman parte de ella, las demandas de atención médica y de medicamentos, así como la intervención directa en tareas de infraestructura y, sobre todo desde mediados de los 60 y 80, ciertas formas de autoconstrucción que incluyeron tareas de saneamiento ambiental e infraestructura urbana. El discurso de la atención primaria, los programas de formación de 'agentes' o 'promotores de salud' y la 'participación popular' han formado parte de las propuestas de activistas y militantes, de asociaciones vecinales, de sectores profesionales críticos y por supuesto de ciertos programas e iniciativas gubernamentales.

Las 'salitas'

Con distintas modalidades y sentidos, la mayor parte de los agrupamientos de trabajadores desocupados ha desarrollado iniciativas relacionadas con el acceso a la atención médica, orientándose en su mayor parte a construir un centro de salud propio. En algunos casos, estos centros comienzan con profesionales y personal de salud con vinculaciones políticas, para demandar luego su incorporación al sector público de salud (CCC La Matanza), en otros, se efectúan acuerdos con gremios de la misma entidad (FTV) o por acuerdos con asociaciones médicas (MTD y otros). El control de estos centros suele estar a cargo de una comisión vecinal que funciona a través de reuniones periódicas y asambleas.

El movimiento de desocupados de la CCC de La Matanza muestra una experiencia mayor y más significativa: su centro de salud ha constituido uno de los ejes de construcción organizativa y de articulación política con otros sectores. El punto de partida ha sido el barrio María Elena, constituido a partir de un proceso de ocupación de tierras y asentamientos en los primeros años de la década del 80. Parte de este proceso fue la lucha simultánea por legalización de sus terrenos y por la sala de salud, construida por los pobladores en 1990. Esta sala es un

emprendimiento barrial, autónomo, sostenido y controlado por los vecinos (pertenece a la Junta Vecinal 7 de Mayo), con personal de salud que, a partir de un proceso de demanda, fue incorporado a la planta del sector público local de salud (la Municipalidad de La Matanza). Este centro de salud ha tenido un lugar estratégico sobre todo por el papel de su equipo médico en la organización territorial de La Matanza y en la difusión de la CCC en general. Tanto integrantes de este agrupamiento como miembros de otras líneas de La Matanza, coinciden en que la acción inicial del movimiento de desocupados fue un estudio realizado en el año 1995 por 'agentes sanitarios' y médicos de la sala de este centro, que detectaron un 22% de desnutrición infantil.[17] A partir de este informe, distintos agrupamientos barriales iniciaron un 'movimiento de ollas populares' en mayo de 1996 (una olla popular en la plaza de San Justo y otras en distintos barrios) con un programa de demandas dirigidas al Estado.[18]

En la actualidad, el equipo de salud está conformado por personal rentado –un médico generalista, un psicólogo, un obstetra/ginecólogo, una pediatra, un odontólogo y una trabajadora social–, agentes comunitarios de salud y estudiantes y profesionales con algún tipo de vinculación política, que desarrollan distintas actividades de prevención y capacitación. El marco más general del valor asignado a este centro lo resume uno de los miembros de la Junta Vecinal: "Ahí nos fuimos dando cuenta de la gran necesidad de tomar realmente la salud en nuestras manos con el aporte de estos profesionales que nos enseñaron a no descuidar esa parte, ese rol importante de la vida de cada uno de nosotros" (Fredy Mariño, secretario de la Junta Vecinal, in Salud para la Lucha, La Matanza, 2002)

En otros agrupamientos (de asentamientos con menores recursos o más recientes) y con propuestas 'autonomistas' (distintas agrupaciones de trabajadores desocupados de la coordinadora Aníbal Verón), las acciones de salud se han desarrollado a partir de trabajadores de salud desocupados o con contratos precarios –activistas de los agrupamientos o habitantes del barrio (enfermeras, técnicos, etc.)– y profesionales de hospitales zonales u asociaciones profesionales que "se acercaron a colaborar". Las primeras iniciativas fueron la constitución de equipos de salud con un botiquín para la atención en los cortes y marchas y para accidentes u otros problemas de los grupos de trabajo en los emprendimientos en curso.[19]

---

17 En ese año realizaron un censo en el que pesaron y midieron a la totalidad de los niños de 0 a 6 años, (600) el 22% estaba desnutrido. Datos de campo (Manzano, 2002a, 2002b). Documentos: Alderete y Gómez, 2002; MTD de La Matanza, 2002

18 Este programa demandaba textualmente "Entrega semanal y distribución mediante asociaciones barriales y vecinales, centros de fomento o cooperadoras de alimentos para todas las familias de desocupados. –Cien mil puestos de trabajo en La Matanza: en obras públicas (sin costo para los vecinos); en un plan hídrico que contemple todos los arroyos; en infraestructura para los barrios. –Ampliación del subsidio por desocupación, cubriendo todos los casos de desocupación. –Boleto gratuito para los desocupados para ir a buscar trabajo. –Que se exceptúe a los desocupados del pago de servicios e impuestos. –Que se implementen los cuatro turnos de seis horas en fabricas, empresas y grandes supermercados. –Por la derogación de la Ley Provincial 11.685 que faculta a los intendentes a despedir personal. –Contra la persecución a dirigentes populares" (documento Primer Encuentro de Medicina Social y Salud para la Lucha, 2001).

19 Los integrantes del MTD Aníbal Verón desarrollan una serie de microemprendimientos productivos, distintos tipos de construcciones (galpones, comedores, etc.), huertas, acciones de saneamiento ambiental, etcétera.

En algunos casos, estos equipos se hicieron cargo de la relación con las unidades sanitarias existentes (centros de salud u hospitales) para la gestión de turnos y el acompañamiento a las consultas. En otros, "recuperaron", es decir se hicieron cargo de algunas unidades que acarreaban problemas de funcionamiento o crearon unidades nuevas para vencer la distancia geográfica y desarrollar actividades de primeros auxilios y otras tareas específicas de atención médica.[20]

El acceso y distribución de medicamentos

Este es un segundo eje de actividad realizado por los equipos o comisiones de salud que gestionan y distribuyen medicamentos de manera centralizada.[21] En algunos agrupamientos, el acceso a ellos forma parte de los mecanismos implementados por los gobiernos locales a través de los hospitales públicos. En otros casos, se han realizado acuerdos de compra de productos genéricos al costo de producción con algunos de los centros de producción estatal (hospitales) o a través de mutuales[22] en los casos en que se prioriza un funcionamiento autónomo, tal como explicó una de las integrantes de uno de los agrupamientos: "por ejemplo, hay medicamentos del plan *Remediar* que históricamente son manejados en forma política en esos distritos, tiene remedios el que va a votar al intendente o quien designe el caudillo o el conductor de (el distrito de) Alte. Brown..." (Alicia).

En algunos agrupamientos se han creado laboratorios de análisis clínicos. En uno de ellos, este tipo de emprendimientos se inició con el objetivo de detectar parasitosis a raíz de una propuesta de profesionales de afinidad política. El montaje y los insumos fueron donados por estos profesionales que tomaron a su cargo la formación de los miembros de la Comisión de Salud. En la actualidad, el laboratorio funciona con el trabajo de parte de esa comisión, supervisada por profesionales. Se realizan análisis clínicos y se encara como un proyecto productivo la venta de servicios a organizaciones no gubernamentales y centros de atención primaria de la localidad.

La Apropiación de Recursos de Salud. Ocupaciones y 'Recuperaciones' de Clínicas Privadas o de Colectividades

En el año 2002 se efectuaron numerosas ocupaciones de unidades de atención médica privadas o de colectividades (clínicas o sanatorios), en su mayor parte en peligro de cierre o ya cerrados, en la ciudad de Buenos Aires, La Plata, Wilde, Haedo y otras localidades de la provincia de Buenos Aires, Córdoba, etcétera. Estas ocupaciones fueron efectuadas básicamente por personal de enfermería, técnicos y empleados administrativos –con participación varia-

[20] Una de las entrevistas describe con detalles la articulación clientelar de estas unidades sanitarias con los partidos políticos y gobiernos municipales y provincial, y en particular los mecanismos de discriminación puestos en juego en la atención de 'salitas' y hospitales.

[21] Estas prácticas se relacionan con dos iniciativas gubernamentales de 2002: la ley de Genéricos que permitió abaratar la venta de medicamentos, y el Programa Remediar, de distribución gratuita de medicamentos para sectores carenciados.

[22] La Mutual Sentimiento. Según nuestros datos, las compras se efectúan con parte de los planes o con otras iniciativas como rifas, festivales o por actividades conjuntas con asambleas barriales.

ble del sector médico– y por asambleas barriales, con apoyo, también variable, de organizaciones y gremios del sector Salud. En algunos casos se pusieron en funcionamiento algunas prestaciones de salud, mientras que en otros, si bien se encararon distintos proyectos, no fueron más allá de negociaciones de despido.

El seguimiento de algunos casos permite destacar elementos de interés. En principio, fueron iniciativas fuertemente enmarcadas en la coyuntura de movilización de la primera parte de 2002, entre las que cabe distinguir las ocupaciones realizadas como medidas de fuerza, es decir como estrategias para una posterior negociación; de aquéllas que se propusieron iniciar un proceso de 'recuperación' como propuesta de emprendimiento productivo.

En segundo lugar, en estas iniciativas confluyeron dos tipos de actores, por un lado, las ocupaciones de personal de empresas en 'quiebre' y por otro, las acciones de asambleas barriales que ocuparon espacios fuera de funcionamiento y comenzaron a desarrollar allí distintos tipos de propuestas entre las que se incorporaron acciones de salud. Considerando las del primer tipo, en algunas de estas experiencias fue notorio el peso de una escasa participación de médicos y otros profesionales, mientras que en otras, las iniciativas fueron impulsadas más por las expectativas y las alternativas de funcionamiento de las asambleas barriales, que desde la trayectoria y la capacidad de acción de los trabajadores de salud.[23] En este contexto, la experiencia de mayor continuidad que hemos registrado es el Hospital Evangélico, actual Cooperativa de Salud Medrano. Fue ocupado por enfermeros y técnicos que implementaron un sistema de APS comunitario con médico de familia, aranceles mínimos y convenios con centros y federaciones estudiantiles y fábricas recuperadas (Impa, Chilavert, y Cooperativa 26 de Junio).

Del segundo tipo, un caso interesante fue la ocupación de una clínica cerrada durante casi una década (La Portuguesa), por parte de dos asambleas barriales para llevar a cabo distintas actividades, tales como un comedor, un merendero y reuniones de las mismas asambleas. Al hallar en su interior un número importante de equipos médicos, las comisiones de salud propusieron generar un programa de atención médica primaria barrial y para trabajadores de empresas recuperadas.

Acciones y Demandas de 'Prevención' y 'Promoción de la Salud'

De manera creciente a mediados de 2002, distintos movimientos piqueteros desarrollaron actividades que encuadraron en el marco de la 'prevención' y/o 'promoción' de la salud. Tal como se presenta a continuación, estas actividades abarcan múltiples prácticas con modalidades y sentidos diferentes según los agrupamientos y sus orientaciones políticas.

[23] Uno de estos casos fue la Clínica Las Flores, Wilde, Provincia de Bs. As., a mediados del 2002 la empresa advirtió no poder continuar la actividad –ni abonar los sueldos–, los médicos se retiraron y el resto ocupó la clínica. La asamblea barrial los apoyó con la propuesta de gestionar la clínica, el proceso terminó en arreglos individuales.

El movimiento de la CCC en La Matanza ha desarrollado un programa de 'formación de agentes sanitarios' desde la inauguración de su centro en 1990. La aplicación de parte de los 'planes' de empleo a esta actividad permitió una notable expansión a partir del año 2000. Este programa involucra aspectos bajo responsabilidad médica y del personal de salud, así como de profesionales y estudiantes de sociología, antropología y trabajo social. La formación implica un curso de epidemiología, primeros auxilios, vacunación y técnicas de control para embarazadas y niños y permite a sus participantes el desarrollo de acciones de salud y la participación en procesos sociales y políticos más amplios que comprometen la valoración de sí y la relación con los otros en un marco de compromiso político.

> *Soy agente de salud recibida en 1998. Estoy muy contenta al ver tanta gente. Le agradezco al doctor (nombre) y a todos los agentes (nombre), porque aprendí muchas cosas y todavía y sigo aprendiendo. Yo soy, además, una de las participantes de los cortes de ruta, estoy continuamente en la carpa de salud atendiendo a toda la gente durante los días de corte junto a todos mis compañeros de salud.* (Adela)

Los agentes sanitarios realizan actividades como la curación de heridas cortantes o extracción de balas de plomo y de goma, la atención de fracturas o golpes provocados por acciones de represión y otros problemas generados en situaciones de corte de rutas. En estos casos, es el propio Movimiento el que a través de los agentes sanitarios, garantiza una respuesta inmediata evitando el traslado de los heridos a un hospital público, sobre todo por la posibilidad de detenciones.

Otros programas en funcionamiento son los de control sanitario de niños y embarazadas; de prevención del VIH y el uso de drogas;[24] de estimulación temprana y asistencia a excombatientes de Malvinas; de creación de grupos de apoyo escolar para niños, talleres para jóvenes embarazadas y equipos para la limpieza de arroyos u otros focos de contaminación en el barrio. A su vez, en la Casa Amarilla de María Elena, lugar donde se realizan las asambleas, funciona la organización Amas de Casa del País, que trabaja con un equipo de psicólogos sobre violencia familiar.[25] Esta práctica abarca la organización de talleres de reflexión sobre la problemática, así como la construcción de refugios para mujeres golpeadas realizada con estudiantes de arquitectura. Parte de la tarea de los agentes sanitarios es detectar el problema de violencia y direccionarlo hacia el Movimiento en lugar de las instancias previstas por el Estado.

Este agrupamiento otorga un lugar especial a la salud/enfermedad en su visión de construcción política. El análisis de documentos y entrevistas muestra un enfoque de la salud y la enfermedad que enfatiza la necesidad de una visión social ("No hay ningún problema de salud que no se pueda resolver desde lo social"); politiza el problema ("Sin organización y lucha no

[24] "La droga es un arma de dominación imperialista a través de sus representantes locales. ¿Cómo se aborda a una persona adicta? La propuesta: ¿Qué contradicciones la llevan al consumo? ¿A quién le sirve la droga? La salida no es individual. Hay salida y pasa por lo colectivo, es social" (taller Uso de Drogas. Sala de Salud. Barrio Maria Elena, 2002).

[25] "La violencia doméstica y en particular hacia la mujer, no la entendemos como un asunto privado-si bien se pone en evidencia en ese ámbito- sino como una problemática social. Es una problemática compleja que debe ser abordada por las organizaciones y movimientos que luchan por transformar las condiciones sociales" (taller sobre Violencia Familiar. Sala de Salud. Barrio Maria Elena, 2002).

hay salud"); desespecializa y promueve la gestión de la población ("No se puede pensar un sistema de salud donde las acciones respondan a una idea propia de la cabeza del profesional, sino que debe gestarse en el contexto donde surgen las necesidades") y de responsabilización del conjunto ("Para que la solución sea de fondo, para cambiar las cosas, hay que tomarlo entre todos, todos tenemos que tener un papel en la lucha") (Salud para la Lucha, La Matanza, 2002).

Otros agrupamientos (MTD de la Aníbal Verón, Barrios de Pie, etc.) han desarrollado programas de formación con la metodología del taller de primeros auxilios, control de niños y embarazadas, prevención del VIH, Mal de Chagas, uso de drogas o violencia familiar, y de promoción de la salud en temáticas como sexualidad, alimentación y seguridad, a partir de acuerdos con asociaciones médicas o equipos de salud y profesionales invitados. Las orientaciones 'autonomistas' priorizan el papel de sus activistas por encima del de los profesionales y la metodología de trabajo en grupo o taller para problemas específicos como son el uso de drogas o los efectos de la represión.[26]

Parte de este proceso es la conformación de instancias organizativas –comisiones de salud– como espacios integrados por quienes tienen un plan de desempleo, trabajadores de la salud y miembros interesados. Por encima, en algunos casos se ha creado una mesa de salud a la que concurren representantes de barrios o regiones, con una periodicidad semanal o quincenal según los agrupamientos o sus barrios. Allí se discuten las prioridades y actividades de los distintos barrios, los criterios de funcionamiento para los diferentes programas, se definen los pedidos de medicamentos, se trasmiten informaciones útiles, etcétera.

La Salud como Derecho: Espacios de Articulación Política en la Demanda

Desde el año 2000 se pusieron en evidencia significativos espacios de articulación política entre organizaciones de trabajadores y profesionales de la salud,[27] piqueteros, estudiantes, agrupamientos gremiales opositores y organismos de derechos humanos a los que, a partir de enero de 2002, se sumaron las asambleas barriales. Estos espacios se concentraron en objetivos específicos como jornadas de demanda más general en 'defensa de la salud y de la vida'. Entre éstos los principales fueron los siguientes:

[26] Estos talleres a cargo de psicólogos especializados están en funcionamiento en los MTD de la Aníbal Verón que sufrieron la muerte de dos de sus militantes el 26 de junio del 2002, los talleres fueron abiertos a heridos, familiares y al conjunto de activistas.

[27] Los antecedentes fueron los procesos de resistencia de trabajadores y profesionales de hospitales a la 'reforma' del sector Salud durante los 90, que a partir de 1996 incorporaron la metodología de cortes de calles y rutas, la ocupación con funcionamiento de servicios y la participación en iniciativas desarrolladas por organizaciones barriales y agrupamientos piqueteros de su zona, avanzando en procesos de coordinación con los gremios estatales de educación y justicia. Ya el 3 en octubre de 1996 los trabajadores y profesionales del Hospital Paroissien en La Matanza efectuaron cortes de rutas y marchas con asociaciones vecinales. El 23 de agosto de 2000 una marcha en La Plata organizada por asociaciones médicas y gremios estatales demandó por "Educación, Justicia y Salud", el descongelamiento de vacantes y mayor presupuesto. Según medios periodísticos locales habrían participado aproximadamente 50.000 personas.

- Procesos de resistencia y demanda de trabajadores estatales de hospitales públicos frente a situaciones de despidos, demandas de nombramientos, de tecnología o insumos, desprivatización de servicios.[28]
- Demandas e iniciativas de producción y distribución de medicamentos de hospitales y otros organismos públicos.
- Demandas y experiencias de control de gestión de asambleas barriales a nivel de los hospitales públicos, de las que participaron las comisiones de salud por asamblea y un nivel de coordinación: la 'Intersalud', en el caso de la Ciudad de Buenos Aires y el Conurbano Bonaerense.[29] En algunas de estas experiencias las asambleas obtuvieron un espacio permanente de diálogo con los usuarios y asociaciones cooperadoras y vecinales mediante mesas para recibir demandas o denuncias, charlas sobre derechos, etcétera. En otras, se establecieron reuniones periódicas o instancias de trabajo con mayor o menor grado de formalización ('consejos de participación') con las direcciones hospitalarias para el control del funcionamiento general de la institución y el tratamiento de problemas específicos.
- Programas de formación de agentes o promotores de salud de agrupamientos piqueteros y comedores populares en los que participan asociaciones médicas, gremios de salud, asambleas barriales, centros y agrupamientos estudiantiles, etcétera.
- Jornadas de cortes de ruta, acampes, ocupaciones y marchas, con la participación de trabajadores estatales de la salud, asambleas barriales, movimientos piqueteros y otras organizaciones. Entre ellas la Marcha de la Salud del 7 de marzo de 2002, de gremios estatales de salud, con un sector de trabajadores metalúrgicos, agrupamientos piqueteros y asambleas barriales; la Jornada del 8 de Mayo, que implicó la realización de distintos tipos de corte y ocupaciones en aproximadamente 15 localidades del Gran Buenos Aires; el Cabildo Abierto de la Salud, del 22 de mayo; las marchas del 6 y 26 noviembre y 10 diciembre por el Derecho a la Alimentación, a la salud y a la Vida.
- La constitución del Foro Social de Salud en noviembre del 2002.

Una mirada de conjunto a las demandas formuladas permite establecer que:

- Los temas de mayor crítica al funcionamiento del sistema público de salud son el problema de los turnos (se cuestiona el sistema de turnos no programados), las esperas, las colas para medicamentos y la falta de insumos. En algunos casos, se pone énfasis en el funcionamiento clientelar de hospitales y centros de salud de la provincia de Buenos Aires dependientes de las estructuras políticas de los partidos políticos tradicionales, y en otros, en aspectos más puntuales, como la estructuración burocrática, la precariedad de la

[28] Entre éstos se destacaron el movimiento por la desprivatización de servicio de limpieza de un hospital del Gran Buenos Aires (el Posadas, de alta complejidad, de referencia nacional, con una significativa historia de resistencia, fue sede de actividades del Foro de Salud) del que participaron gremios de trabajadores del hospital, asociaciones médicas, asambleas barriales, organizaciones estudiantiles, organismos de derechos humanos y distintas organizaciones barriales. La Multisectorial del Proyecto Hornos del Hospital Borda (Psiquiátrico para hombres) formada por ocho asambleas barriales, comedores populares, centros estudiantiles secundarios, dos fabricas cooperativizadas, dos gremios de trabajadores de salud (ATE y UPCN) y dos asociaciones médicas, demandó al gobierno de la ciudad de Buenos Aires la recuperación de una panadería que permitiría abastecer de pan y pastas a éste y otros hospitales.

[29] Entre otras las experiencias del hospital Posadas, Vicente López; de Niños Gutiérrez, Ramos Mejía, Piñero, Álvarez, etcétera.

infraestructura, la falta de materiales e insumos, el cierre de servicios, la ausencia de ciertas especialidades, etcétera.

- Más allá de las diferencias, las demandas de salud se centran en una salud pública gratuita, igualitaria y accesible. Algunos de estos objetivos son de carácter inmediato tales como resolver el problema del hambre mediante la distribución de alimentos en comedores barriales, escolares, hospitalarios, salas de atención primaria, instituciones de ancianos, albergues, cajas de alimentos para desnutridos, etc.; establecer un 'boleto sanitario' para la atención ambulatoria y hospitalaria, garantizar el buen funcionamiento de los centros, salas de salud y hospitales públicos con dotaciones de trabajadores de la salud adecuadas. Otras demandas apuntan a redefinir aspectos más amplios de salud pública, tales como la necesidad de controlar la gestión de los centros hospitalarios y secretarías de salud por parte de las organizaciones populares, asambleas, multisectoriales y barriales, etc.; producir medicamentos e insumos a partir de universidades, hospitales, institutos nacionales, provinciales y municipales, etc. con financiamiento estatal y distribución gratuita y completa en los centros de atención primaria y hospitales; lograr un aumento del presupuesto destinado a la salud pública, con un monto variable (según los agrupamientos), bajo control de las organizaciones populares, barriales, etcétera. Otros pedidos se relacionan con los trabajadores de la salud (aumento de la remuneración, capacitación continua de todo el equipo de salud a cargo del Estado, condiciones dignas de trabajo con controles de bioseguridad, inmediata cobertura de las vacantes y aumento de emergencia).
- Por último, tal como he señalado en otro trabajo (Grimberg, 1997), las demandas pueden concretarse en objetivos definidos en términos de reivindicaciones diferenciadas o pueden diluirse en el marco de formulaciones más amplias, por ejemplo los montos de subsidios, la búsqueda o la defensa del empleo, etc. También, aun cuando adquieran un grado de formulación diferenciada, pueden subordinarse al logro de otros objetivos, es decir pueden constituirse en 'objetos negociables' en el marco de procesos más generales de demanda y negociación. En este sentido, sostengo que las prácticas y demandas asociadas a la 'salud' configuran un campo transaccional desde el que se definen modos de acción y estrategias sociales y políticas.

Notas para la Reflexión

La sistematización presentada permite identificar formas de acción colectiva en las que 'la salud' o 'los problemas de salud' constituyen el principal eje de organización y argumentación. Una mirada de conjunto al desarrollo y las modalidades de estas prácticas permite reconocer un proceso de movilización social que fue incorporando diversas iniciativas, demandas y actores desde mediados de los 90 y sobre todo durante los años 2001 y 2002 y que, a mi criterio, promovió una fuerte visibilidad de las problemáticas de salud, puso énfasis en su carácter social y político, y amplió el espacio de participación de conjuntos sociales diversos.

En términos generales, una primera cuestión a destacar es que, en el contexto del proceso de movilización en la Argentina, la salud aparece como una dimensión de la acción colectiva, junto con áreas como la alimentación, el empleo, la educación, etc. Como tal entonces, es parte sustancial de los ejes de resistencia y protesta de variados conjuntos sociales. En este marco

debe considerarse como una construcción político-social compleja y heterogénea de prácticas e iniciativas autónomas y demandas dirigidas al Estado con modalidades diversas de confrontación y negociación, que abarcan desde aquéllas relacionadas con objetivos específicos de salud a las de articulación política más general en 'defensa de la salud y de la vida'.

Una segunda cuestión a reflexionar es acerca el carácter y los sentidos de estas prácticas. En relación al conjunto de iniciativas y demandas llevadas a cabo por agrupamientos de desocupados, trabajadores de clínicas privadas o de colectividades, asambleas barriales, etc. con distintas modalidades de articulación de profesionales de salud, me interesa llamar la atención sobre un conjunto de aspectos:

- En el marco de una significativa heterogeneidad de estrategias y de sentidos, estas prácticas involucran procesos de evaluación y diagnóstico de situaciones de vida o del sector público de salud, identifican problemáticas, tipifican modos de resolución y activan mecanismos de procesamiento colectivo de modos acción y relación con distintos actores sociales. Se trata de procesos colectivos en los que, los propios agrupamientos sociales son quienes definen las necesidades, establecen prioridades y estrategias de salud, en el marco de definición de otras necesidades y prioridades de vida y de lucha.
- Aún en su diversidad, debe reconocerse que estas prácticas (las actividades de salitas, consultorios, equipos o comisiones de salud) ponen de manifiesto una visión de atención primaria de salud que pone el acento en la prevención y la promoción y, sobre todo, en el papel activo de los agrupamientos y conjuntos sociales más amplios. En otros términos, más allá de las diferencias o las tensiones que pongan de manifiesto, y que consideramos principal foco de seguimiento, debemos remarcar que estas prácticas no están surgiendo de programas de las instituciones estatales ni de las planificaciones profesionales de organizaciones no gubernamentales, sino de la definición de necesidades, prioridades y estrategias de los conjuntos organizados, y en las que los profesionales participan a nivel individual desde un rol de militante o como un actor colectivo (desde una organización) del proceso de articulación social y política.
- Estas prácticas muestran continuidad con una larga tradición de movilización barrial en torno al acceso a la atención a través de la salita de primeros auxilios y de acciones de saneamiento ambiental e infraestructura urbana; también con diferentes y conocidos discursos de atención primaria y propuestas de participación popular de programas gubernamentales de distintos momentos, de sectores profesionales, activistas y militantes críticos de los 70 y los 80. Las discontinuidades, a mi criterio, pueden verse en la prioridad de apropiación y control colectivo de ciertos recursos de salud y en el énfasis de control en los procesos de toma de decisiones y de gestión cotidiana de unidades sanitarias por parte de las organizaciones populares; en el desarrollo de iniciativas con distintos grados de autonomía, y en las demandas con distinto nivel crítico al sistema de salud, al rol de las instituciones médicas y de los equipos de salud; en la generación de mecanismos de intervención de los agrupamientos en la organización de las actividades y la administración en el sector público de salud; y en las modalidades de articulación y coparticipación entre conjuntos sociales y sectores profesionales. Más que en el recuento de iniciativas y demandas, o en la búsqueda de rupturas en cada una de éstas, creo que lo

> novedoso sólo puede encontrarse en el análisis de los modos específicos de relación entre ellas y con prácticas de otras áreas de la vida social, así como en los sentidos que los sujetos dan a las mismas.

Como dimensión de la acción colectiva, una tercera cuestión para reflexionar es la significación de estas experiencias desde las prácticas y sentidos políticos de los actores. Desde esta perspectiva 'la salud' resulta, al mismo tiempo, un derecho a ejercer y a demandar, un eje y a la vez una estrategia de crecimiento barrial en algunos de los agrupamientos, un recurso de cohesión y fortalecimiento organizativo, un espacio de articulación entre diversos actores. A partir de la salud, se denuncian y articulan temas políticos, sociales y de género, se movilizan personas y se ejecutan distintas actividades, se disputan recursos y se convoca a variados sectores sociales.

Por ello, estas iniciativas y demandas no pueden considerarse sólo como una respuesta a la crisis, en términos de sustituir acciones que el sistema público de salud no puede efectuar; tampoco pueden ser reducidas a un eje de movilización en la coyuntura o a una manipulación argumental. Mi hipótesis es que, aun en su incipiencia y heterogeneidad, estas experiencias ponen de manifiesto una dimensión productiva (Foucault, 1982) en procesos cotidianos de generación de recursos efectivos y de reflexión y construcción de categorías de interpretación y de acción. Por la configuración de un sentido de derecho político, a la vez que por una efectiva vinculación entre movilización y logro en los términos de 'lucha' y 'conquista', estas prácticas fuerzan las fronteras de la ciudadanía, en un proceso de redefinición de los modos de relación con el Estado y de modalidades de acción que priorizan el control de los conjuntos en áreas clave de la vida social. El crecimiento de la participación de cientistas sociales y trabajadores de la salud en estos procesos no es un dato menor, tampoco la emergencia de novedosas modalidades de articulación social y política. La continuidad de su construcción creo que es un desafío que nos involucra como sujetos y nos compromete como cientistas sociales o profesionales de salud.

Documentos

ALDERETE, J. & GÓMEZ, A. La desocupación en el infierno menemista, 2000. (Cuadernos del agora, 6)

Historia, principios y organización de los MTD de la Verón. MTD Lanús. Septiembre de 2000.

Primer Encuentro de Medicina Social y Salud para la Lucha. La Matanza, 2001.

Salud para la Lucha. Publicación de la Sala de Salud de la Junta Vecinal 7 de Mayo. Barrio María Elena, La Matanza. Año 1, n. 3, 2002.

Referencias Bibliográficas

AUYERO, J. *La Protesta: retratos de la beligerancia popular en la Argentina democrática*. Buenos Aires: Libros del Rojas, Universidad de Buenos Aires, 2002.

BASUALDO, E. *Sistema Político y Modelo de Acumulación en la Argentina: notas sobre el transformismo argentino durante la valorización financiera (1976-2001)*. Buenos Aires: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Universidad de Quilmes, 2001.

CAFASSI, E. *Olla a Presión: cacerolazos, piquetes y asambleas, sobre fuego argentino*. Buenos Aires: Libros del Rojas, Universidad de Buenos Aires, 2002.

DRI, R. La Revolución de las Asambleas en Retruco. Nac and Pop. Buenos Aires: mayo 2002. Publicación electrónica.

ECKSTEIN, S. Poder y protesta popular en América Latina. In: ECKSTEIN, S. (Coord.) *Poder y Protesta Popular: movimientos sociales latinoamericanos*. México: Siglo XXI,. 2001.

FOUCAULT, M. *Vigilar y Castigar*. México: Siglo XXI, 1982.

GRIMBERG, M. *Demanda, Negociación y Salud: antropología social de las representaciones y prácticas de trabajadores gráficos, 1984-1990*. Buenos Aires: Facultad de Filosofía y Letras/UBA, 1997.

GRIMBERG, M. et al. Organización y protesta en la Argentina actual: las asambleas barriales. Actas de las Segundas Jornadas de la Cuenca del Plata Escuela de Antropología. Facultad de Humanidades y Artes Universidad Nacional de Rosario, 2002.

GRIMBERG, M.; MANZANO, V. & FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, M. I. Modalidades de acción política, formación de actores y procesos de construcción identitaria: un enfoque antropológico en piqueteros y fábricas recuperadas. In: CASSARIN, M. (Ed.) *Escenarios y Nuevas Construcciones Identitarias en América Latina*. Córdoba: Centro de Estudios Avanzados/Universidad Nacional de Córdoba, 2004.

GRIMBERG, M. et al. Identificaciones y disputas de sentido en Asambleas Barriales: análisis de la construcción política de la categoría vecino. *Intersecciones*, (V):155-163, 2004.

MANZANO, V. Modalidades de acción colectiva en La Matanza: un análisis a partir de la descripción del lugar del 'referente barrial' en organizaciones que nuclean a desocupados. En Actas de las Segundas Jornadas de la Cuenca del Plata, Universidad Nacional de Rosario, Rosario. Octubre, 2002a.

MANZANO, V. El lugar de la tradición en los modos de identificación de las organizaciones piqueteras. Terceras Jornadas Interdisciplinarias: Memoria, Historia e Identidad. Universidad Nacional de Quilmes, 28 y 29 de noviembre, 2002b.

SCHUSTER, F. & PEREYRA, S. La protesta social en la Argentina democrática: balance y perspectivas de una forma de acción política. In: GIARRACCA, N. (Comp.) *La Protesta Social en la Argentina: transformaciones económicas y crisis social en el interior*. Buenos Aires: Alianza Editorial, 2001.

TILLY, Ch. *La Desigualdad Persistente*. Buenos Aires: Manantial, 2000 [1.ed. 1998, University of California Press].

21. SOCIEDAD CIVIL Y SALUD COMO OBJETO DE ESTUDIO (1997-2002)

Aproximaciones al Estado del Arte

Graciela Biagini

El objetivo de este artículo es presentar una aproximación al 'estado del arte' de las investigaciones producidas durante el último lustro en Brasil, México y la Argentina sobre temáticas asociadas a sociedad civil y salud y relevar las principales demandas verificadas en la región en torno a problemáticas de reforma del sector Salud, Salud Sexual y Reproductiva (SSyR), Identidades sexuales y VIH/Sida.

En el Anexo adjunto se presenta un listado de los materiales bibliográficos relevados, algunos de los cuales fueron utilizados en el trabajo.

Encuadre Conceptual

El carácter polisémico de la categoría 'SC' se ha ampliado luego de casi dos décadas de reactivación convirtiéndose en un concepto 'paraguas' por su heterogeneidad y ambigüedad.

Según Olvera Rivera (1999) el término ha sido retomado en los últimos 20 años desde dos frentes: en primer lugar, por una gran variedad de movimientos sociales contemporáneos (MS) (ecologistas, feministas, pacifistas, antiglobalización) que plantearon la necesidad de ampliar las esferas de participación política de la sociedad más allá de los ámbitos restringidos de la democracia formal. En segundo lugar, el concepto fue reposicionado por el movimiento intelectual posmarxista. En Europa del Este, la emergencia del discurso sobre la SC se produjo en el marco de las críticas al socialismo autoritario y apelaba a la reconstrucción de vínculos sociales al margen del Estado y del partido (Rabotnikof, 2001).

En el marco de las críticas progresistas al *Welfare State*, la SC emergería como un espacio de experimentación social para el desarrollo de nuevas formas de vida y de solidaridad y cooperación (Rosanvallon); como una red informal de grupos, asociaciones y sobre todo de espacios públicos de debate (Habermas, 1987); o como el humus de la constitución de movimientos sociales nuevos (Lefort). Desde las pioneras formulaciones de Offe (1988) se afirma-

ba también como una instancia que debía ser repolitizada; como una esfera intermedia entre las preocupaciones y las metas privadas y los modos institucionales de hacer política sancionados por el Estado.

De una u otra forma, los enfoques actuales se fundan en la idea de la existencia de una tercera esfera de la sociedad, además del mercado y del Estado, en la cual puede establecerse la democracia a través de la libre asociación y de otros tipos de interacción social. De este modo, la democratización consistiría en el fortalecimiento de la organización de los actores sociales y en el ejercicio de un control progresivo sobre el Estado y el mercado por parte de la sociedad.

La crisis de la deuda externa de los 80 tuvo lugar en un contexto de resurgimiento de la democracia; entonces, el término 'SC' fue incorporado al vocabulario de los decisores políticos y adquirió renovada presencia en los organismos financieros internacionales. Las medidas de corte neoliberal propuestas para afrontar la crisis serían la reducción del Estado, la descentralización y la transferencia a las OSC de actividades que habían sido características de aquél. En América Latina los denominados 'procesos de reforma del Estado' y de participación de la SC en la conformación de lo público no estatal se encuentran atravesados por la tensión entre los fenómenos de control ciudadano de la gestión estatal, la conformación de una democracia más participativa y la pluralización de las formas de representación política versus nuevas articulaciones entre actores no gubernamentales convertidos cada vez más en 'efectores' de políticas sociales focalizadas, sin participación en el diseño de las mismas y más alejados de las 'organizaciones de base' concebidas ahora como población beneficiaria.

Retomando la tesis habermasiana de la dualidad 'sistema - mundo de vida', Arato y Cohen (1999) entienden a la SC como la dimensión institucional del mundo de vida, integrada por la familia, las asociaciones y la esfera pública y como espacio (público) de intercambio sociocultural. De este modo, proponen "vincular la categoría de SC al conjunto de prácticas e instituciones en donde la acción comunicativa se produce" (Olvera Rivera, 1999b:342). Así, la SC sería un espacio que abarca una dimensión privada y una pública. La primera tendría un componente íntimo –la familia– y otro derivado de las leyes del mercado, cuyos confines están determinados por el Derecho Mercantil. La segunda tendría una expresión estrictamente comunicativa –la esfera pública– y otra institucional participativa, dada por el conjunto de los derechos sociales y políticos. Con esta operación conceptual, el término adquiere mayor precisión y se desdobla en dos aspectos complementarios: el primero refiere a la SC como 'institución', demarcada y estabilizada por el conjunto de los derechos producidos por la Modernidad que permiten la reproducción cultural (libertades de pensamiento, prensa, información y expresión); aseguran la integración social (libertad de asociación y de reunión) y estabilizan la socialización (privacidad, intimidad e inviolabilidad de la persona). A su vez, existe otra serie de derechos que fijan la naturaleza de las relaciones entre la SC y la economía (propiedad, contratación, salarios, condiciones de trabajo) y entre la SC y el Estado (ciudadanía, formas de participación, derechos sociales).

Según Arato y Cohen (1999), estos derechos no deben ser entendidos en un sentido meramente negativo como expresiones de dominación, también deben ser considerados un triunfo de la acción colectiva que posibilita mayores libertades. Este aspecto de la SC refiere a una dimensión constituida e institucionalizada, conformada por los procesos de ampliación y movilización colectiva. El segundo aspecto conceptúa a la SC como 'Movimiento', como instancia instituyente. Es decir, aunque los autores reconocen que los derechos estabilizan y defienden, juzgan que sólo la acción de los grupos y de los individuos puede lograr que se cumplan y se aprovechen las potencialidades abiertas por ellos. En este sentido, la SC "es un conjunto de MS, asociaciones civiles, grupos informales e individuos que influyen en la opinión pública, manteniendo y ampliando los horizontes de la autonomía social" (Olvera Rivera, 1999b:343).

E. Isunza Vera (2001) indica que Arato (1996), en una revisión crítica a su obra *Civil Society and Political Theory* (1992), admite ciertos puntos débiles en su teoría de la SC:

- Asume que la noción es más compleja de lo que imaginaron en los 80 y estima que debería analizarse en tres dimensiones: a) Redes sociales, solidaridades y relaciones informales (surgidas de la autonomía social); b) Movimientos, iniciativas, asociaciones y públicos autoorganizados que se movilizan y se separan de lo instituido y c) Sociedades civiles institucionalizadas.
- Arato estima que el papel de la SC se ha sobrevalorizado a causa de los procesos de transición a la democracia realmente existentes en América Latina y Europa.
- Si bien los elementos diferenciadores entre las esferas del mercado, el Estado y la SC han sido clarificados a partir de la propuesta habermasiana (dinero, poder y acción - coordinación comunicativa), se presentan ejemplos en los que ciertos elementos de la sociedad política (partidos) actúan como MS (con lógicas democráticas antiburocráticas y directas) en tanto que "existen numerosas asociaciones de la SC en las que el dinero y el poder son el factor fundamental" (Arato, 1996, apud Isunza Vera, 2001:71).

En contraposición a la idea de SC proveniente del liberalismo político pero también presente en los enfoques funcionalistas y, en parte, en el modelo de Habermas y Cohen y Arato, entendida como un conjunto de redes de asociaciones culturales 'apolíticas' vinculadas a la socialización ciudadana, Hall (1995) restablecerá la centralidad de la política en la conformación de la SC, al considerar a las luchas sociales como un factor que explica la formación de las instituciones de la democracia liberal.

En el contexto del *revival* de la categoría, numerosos debates académicos han tenido como eje la afirmación o el cuestionamiento de la pertinencia del binomio 'SC - Estado' como esquema de observación de la dinámica sociopolítica. Asimismo, durante los años 90 en los discursos de organizaciones sociales, gobiernos y/o organismos de crédito internacionales, posgrados y centros de investigación privados, la SC es reconocida como sujeto ya no sólo de democratización sino también de desarrollo social. Se promocionará el término Tercer Sector (TS) para dar cuenta de un campo asociativo al que se le atribuyen caracteres propios con fuerte tendencia a ser visualizado como sinónimo de SC.

Basta recordar el informe *Invertir en Salud*, elaborado en 1993 por el Banco Mundial (BM), que sostiene que ésta pertenece al ámbito privado. Desde este punto de vista, la atención a la salud es un bien privado y se asigna un papel de primer orden a los agentes privados. Incluye tres actores con carácter muy disímil: la persona y su familia, las instituciones u organismos privados no lucrativos y las organizaciones privadas que operan en el mercado con fines de lucro. Así, se destaca particularmente la labor de las ONG y se propone la conveniencia de encargarles algunas tareas gubernamentales y ofrecerles apoyo financiero, con el argumento de que tienden a ser más eficientes que las instituciones públicas (Laurell & Mora, 1995)

La noción de Tercer Sector conformado por organizaciones privadas sin fines de lucro, es una "construcción teórica surgida del campo de las ciencias sociales" que "hace referencia a un conjunto muy heterogéneo de instituciones" (Thompson, 1995b:16). En clave funcionalista, y sobre la base de la definición propuesta por el Proyecto Internacional Comparativo de la Universidad J. Hopkins, estas organizaciones presentan siete características: tienen algún tipo de identidad formal (asociaciones civiles, fundaciones, mutuales, etc.); son privadas; no distribuyen los beneficios; son autogobernadas; no son comerciales; son apartidarias y voluntarias (Thompson, 1995b).

Si bien a las organizaciones voluntarias se las relaciona con el ideario liberal y sus formas institucionales, en América Latina exhiben características peculiares pues "debieron luchar contra una historia signada por sistemas clientelares, lealtades verticalizadas, padrinazgos y caudillismos. Además, tampoco es posible dejar de lado el fuerte peso de la Iglesia Católica, nunca del todo divorciada del Estado" (Thompson, 1995a:8).

Con referencia a la intervención ciudadana en la operación misma del sistema –la diferenciación es analítica, ya que en una misma organización pueden encontrarse objetivos y orientaciones diversos– quedan incluidas tanto las instituciones que prestan servicios desde una lógica de complementación con el Estado como aquéllas que pretenden 'arrebatar' una de las funciones características del Estado keynesiano. Así, el accionar de algunas de estas organizaciones –autodefinidas como 'privadas'– genera interrogantes sobre la significación y posibles derivaciones de su ocupación de un espacio público (hospitales, centros de cuidado de personas, escuelas públicas, etc.) o las implicancias de mera reproducción social que tienen sus prácticas predominantemente asistencialistas, con modalidades de organización vertical y gestión poco transparente en las que la población objetivo o sus propios voluntarios participan escasamente en la toma de decisiones (Biagini & Sánchez, 1995).

El concepto TS tiende a 'sacralizar' el accionar de estas instituciones enfatizando sus ventajas operativas, especialmente en lo que respecta a la producción de bienes y servicios sociales. Se acentúa su potencialidad de controlar a los demás actores de la esfera pública desde un supuesto posicionamiento 'neutral' frente al Estado y a la economía. Se las opone a un Estado 'desacreditado' al que estas 'organizaciones de la sociedad civil' deben controlar pero del cual reciben, sin embargo, la mayor parte de sus recursos financieros.

TS, 'visión topográfica' que divide –y no sólo analíticamente– a la sociedad en tres compartimientos que se conciben con lógicas y características propias. Separa y naturaliza la existencia del mercado y del Estado a partir del cual se justifica la presencia de un Tercer Sector al que el 'estilo de desarrollo' propiciado por el BM ubica como uno de los principales demiurgos del devenir histórico.

Algunos temen que el rol más amplio jugado por las ONG en la nueva agenda política socave las características que las distinguieron como representativas de la SC. Como Alan Fowler (1994) indica, la nueva agenda política está transformando a las ONG en 'cucharones de ollas populares' que sustituyen o complementan a los gobiernos del Tercer Mundo en la provisión de servicios sociales para el número siempre creciente de pobres. Tales acciones son paliativas de las necesidades de la mayoría y ayudan a minimizar la inquietud social que corta los flujos de capital y las oportunidades de inversión. Hace casi una década, Fowler anticipaba que las ONG serían alentadas a desarrollar vínculos con los gobiernos, volverse más dependientes de los fondos donados y perder la posibilidad de mejorar el bienestar de los pobres.

James Petras (2000) las considera organizaciones funcionales a las políticas de ajuste económico y de privatización de actividades. Nos advertirá que son incapaces de proporcionar programas universales y completos de bienestar a largo plazo, como bien puede hacerlo el Estado. En su lugar, proporcionan servicios muy limitados a un grupo estrecho de comunidades. Y lo más importante: no rinden cuentas de sus programas a la gente local, sino a donadores ultramarinos.

Seguidores y críticos de las potencialidades y del accionar de las instituciones que conforman ese campo asociativo reconocen que las ONG propiciarían un mayor control social. No obstante, esto puede ser leído desde dos perspectivas: la SC ejerciendo derechos de supervisión y monitoreo, o bien el Estado y los organismos internacionales financiando y promoviendo políticas focalizadas, delimitando y condicionando el accionar de estas instituciones e, indirectamente, controlando a las poblaciones con las que trabajan.

En contraste con la noción de Tercer Sector, nos interesa remarcar que la SC no ocupa un espacio predeterminado; no representa un lugar central ni superior en el orden social, sino un ámbito que en su constante dinamismo,

> cambia su entorno y fronteras conforme se transforma la relación de tensión entre los subsistemas sociales y entre los procesos de producción y reproducción social en el interjuego de construcción de hegemonía pero también de contrahegemonía. Podemos decir que la SC es la mediación entre los subsistemas sociales; si se entiende por *mediación* la instancia que vincula los extremos de una relación, al participar de la especificidad de cada uno de ellos. (Serrano, 1999:58)

Estado de Situación: Aproximaciones a un Estado del Arte en Temáticas de SC y Salud: 1997/2002

América Latina y otras regiones

En tanto la pobreza se incrementaba y los programas sociales se reducían o desaparecían, el BM publicitaba, a partir de los 80, que la 'buena gobernancia' dependía de Estados eficientes financiera y administrativamente. A su vez, otras agencias de desarrollo y fundaciones promovieron los derechos humanos, las elecciones multipartidarias, la descentralización y otros atributos 'democráticos' como un medio para incrementar la participación de los ciudadanos en las decisiones que afectan sus vidas. Estas dos orientaciones se unieron a mediados de los 90 en la nueva agenda política.

Dando cuenta de ese proceso, B. Rutherford (1998) explora la importancia que adquirieron las ONG dentro de la asistencia oficial al desarrollo y verifica la creación de divisiones especiales en muchas agencias internacionales para contactarse con aquéllas. El BM tiene una unidad especial que promociona la participación de las OSC en la implementación de proyectos, políticas y servicios. Desde su inicio en 1982 su peso creció sigificativamente: más del 50% de los proyectos financiados en 1994 por el banco tiene un componente relacionado a alguna ONG. Diferencia asombrosa si se compara con el escaso 6% de los proyectos financiados en el período 1973/1988.

Contratado por la OMS, el TARSC (Training & Research Support Centre, de Zimbabwe) ha realizado una importante recopilación de estudios sobre las interrelaciones SC-Salud. En la exploración se diferenciaron tres temáticas: 1) las interrelaciones SC-Estado en los sistemas nacionales de salud; 2) las contribuciones de la SC en pro de la pobreza y de políticas equitativas en salud y 3) las influencias de la SC en la política de salud global. Estos ítems sirvieron como parámetro para que R. Loewenson revisara y seleccionara 250 artículos. La base de datos preparada en formato de página web y presentada como 'bibliografía acotada' incluye los resúmenes de los documentos elegidos y referencias para acceder a la mayoría de los trabajos (Loewenson, 2003d).

Los artículos se caracterizan por conceptualizar a la SC como la 'arena social' que existe entre el Estado y el ciudadano; como una esfera social de 'interacción autónoma' en la cual individuos, grupos y diversos tipos de asociaciones voluntarias y redes formulan y articulan sus intereses, negocian conflictos, proveen y utilizan servicios. Es una esfera donde la gente se conecta con actividades que tienen consecuencias públicas. Las OSC emergen generalmente de la SC pero en algunos casos también provienen del Estado y de nexos corporativos. Varían en cuanto a formato e intereses (Loewenson, 2003a).

Con clara óptica liberal, en los enfoques predominantes se observan dos tendencias: a) se postula una estricta separación entre el Estado y estos actores que operarán sin fines de lucro o

b) se trata a las OSC como un grupo indiferenciado, ignorándose la competencia y el conflicto de valores e intereses en el interior de la misma.

Hemos acotado aquí el análisis a escritos vinculados fundamentalmente con la temática de las articulaciones entre la SC y el Estado.

De contribuciones y positividades

En los trabajos revisados por Loewenson se testimonia que las OSC han contribuido a la provisión de servicios de salud y han jugado una función importante en la comprensión de la problemática de salud de las poblaciones construyendo interacciones más efectivas entre los servicios y los "clientes" (sic). Se reconoce que esa participación se incrementó en la medida en que disminuyó el acceso a los servicios de atención, declinaron los mecanismos de protección social o los recursos de salud

Las OSC son tomadas como fuente de experiencia, capacitación e información. Son pioneras y proveedoras de servicios para las comunidades más excluidas del Estado y del mercado. Promueven transparencia, *accountability* y oportunidades económicas e impulsan el reconocimiento de los derechos humanos y el mejoramiento de los sistemas de justicia.

Entre sus fortalezas se señala la flexibilidad en la respuesta, en los roles demandados, en la construcción de sistemas de información para aumentar la confianza de los financiadores y en la utilización de estrategias de marketing para obtener recursos.

Se afirma que las OSC nacionales y locales han desarrollado una gama de enfoques creativos para controlar su agenda y preservar la *accountability* hacia las comunidades locales, a pesar de la inseguridad del contexto de financiamiento.

Según Loewenson el material seleccionado refleja las temáticas y las preocupaciones de las OSC respecto al poder desigual entre Estado y Sociedad, entre mercado y sectores no lucrativos, entre ricos y pobres e incluyen las demandas por mejorar la *accountability*, la responsabilidad pública y la sensibilidad ciudadana en torno a esas desigualdades. Se sostiene que la mayor vulnerabilidad de los Estados nacionales con relación a los intereses económicos transnacionales habría incrementado la presión dentro de la SC por un mayor apoyo internacional a los intereses públicos; presión sostenida por los mayores flujos de información en virtud de las nuevas tecnologías y el incremento en la conexión entre las redes de la SC.

En la antología elaborada, los 123 artículos categorizados en la temática de la interrelación SC - Estado describen distintos tipos de acciones por parte de las OSC:

- Provisión directa de servicios en cooperación o contratados por el Estado o en áreas de las cuales éste se ha retirado. Realizan promoción, prevención, atención y rehabilitación.
- Incentivación de la movilización colectiva para cambiar o implementar políticas y campañas de salud públicas.

- Iniciativa de responder a los nuevos desafíos del VIH/Sida, a través de programas locales y de abogacía a nivel nacional y mundial.
- En varios estudios, las intervenciones de las OSC muestran relación con las tradiciones de apoyo mutuo de la comunidad o una dirección sustentada en valores religiosos o derechos de justicia social. El foco común de los servicios de las OSC en APS, junto a una orientación hacia las comunidades desfavorecidas refleja preocupación por la equidad aunque no siempre es así debido a la influencia de asociaciones profesionales más urbanas, orientadas curativamente a las reformas de salud (Loewenson, 2003d).

La mayoría de las investigaciones presenta una visión altamente positiva y un tanto idealizada cuando no voluntarista de estas instituciones. Bissainthe y colaboradores (1998) señalan que las OSC son, a menudo, fuente de experiencia, especialización e información y que aportan nuevos enfoques y abordajes centrados en la participación y el desarrollo. Se afirma que el *know how* básico de estas organizaciones es el de generar capital social, es decir trabajo democrático, redes formales e informales de confianza, comunicación y cooperación francas, decisiones y metas compartidas.

La literatura muestra gran diversidad en la intensidad y forma de relación entre el Estado y la SC tanto a nivel local como nacional. Cuando los mecanismos institucionales apoyan la sinergia entre el Estado y la SC, se producen resultados de salud positivos: hay financiación pública coordinada, mecanismos para la acción conjunta y mayor equidad. En contraste, relaciones competitivas o pobres introducen ineficiencias. Una débil integración nacional deja a las OSC vulnerables frente a la dependencia respecto de agencias internacionales.

Las dificultades advertidas en la mayoría de los trabajos refieren a problemáticas de articulación 'hacia afuera', de construcción de interrelaciones con el Estado y con la propia SC. Se plantea que la proliferación y diversificación de las OSC torna dificultosa su identificación y el trabajo con los 'socios' adecuados. En los países pobres, las capacidades de la SC son débiles y son percibidas como adversarias por parte de los gobiernos. Como consecuancia, su accionar se ve obstruido dado que, para florecer, la SC requiere de un marco legislativo y regulatorio que garantice el derecho de asociación, impuestos y mecanismos consensuados para su inclusión en los procesos de toma de decisiones e implementación, tanto como apoyo financiero de parte del Estado, del sector privado y donaciones de la comunidad (Bissainthe et al, 1998).

Loewenson precisa que aquellas organizaciones que trabajan por equidad en salud encuentran resistencia de intereses corporativos y estatales, en tanto que los sistemas estatales incorrectamente diseñados impiden que los servicios sean accesibles para los pobres. Se argumenta que el impacto de las reformas en América Latina ha excluido a la mayoría de los servicios de salud cambiando el enfoque del cuidado preventivo comunitariamente orientado por el cuidado curativo individualmente orientado, exacerbando las desigualdades (Isaacs-Solimano, 1999; Bangser, 2000).

Una cantidad no especificada de estudios documenta la ambivalencia del Estado sobre los roles comunitarios de las OSC, el monitoreo del cumplimiento de los derechos y el manteni-

miento de políticas transparentes. Una revisión de iniciativas descentralizadoras en seis países resaltó la importancia de construir articulaciones con claros marcos legales; capacidades organizacionales; mecanismos para el diálogo efectivo y la financiación de sistemas que refuercen los objetivos políticos (Yongjan y Wilkman, 1996). La relación también resulta complicada por el hecho de que cuando las OSC son grandes, entran en competencia con el Estado. Hay informes que dan cuenta de los esfuerzos estatales para 'regular' actividades que les resultan indeseables por medio del control de sus operaciones y/o financiamiento o a través de la exclusión de los ámbitos de planificación estatal (Sen, 1999).

Políticas y principios, aparentemente neutros, como 'costos', 'efectividad', 'eficiencia' y 'descentralización', implican frecuentemente un traslado de costos de la economía remunerada a una economía fundada en el trabajo no remunerado realizado por las mujeres. Por ejemplo, algunos ajustes y medidas realizados a partir de la reforma en el sector Salud, implicaron cambios hacia las ideas de 'familia' y 'comunidad', basados en la expectativa de que las mujeres están disponibles, preparadas y moralmente obligadas a proveer atención no paga a las personas a cargo, al enfermo, al anciano y al inválido (Gómez, 2000).

Con referencia al aporte de las OSC a las políticas de salud nacionales, se informa que las más efectivas son las que demandan acción colectiva, abogacía o respuestas innovadoras y comunitarias para los problemas de salud. A nivel nacional, los estudios de casos demuestran su impacto al reforzar la responsabilidad pública y el proceso de *accountability* política. De todos modos, se presentan críticas hacia muchas OSC que no representan a las poblaciones, incluso en situaciones dónde han mejorado la voz y agencia de aquéllas, no siempre han llevado el recurso presupuestario hacia estas comunidades.

Sin embargo, entre las tendencias generales hay algunas contradicciones. Varios artículos critican la actual inclusión 'corporativista' de las OSC en el procesamiento de la política al otorgar un peso desproporcionado a las bien organizadas ONG del Norte, con grandes ligazones con donantes, actores internacionales de la política e Internet. Esto produce un perjuicio a las OSC del Hemisferio Sur y limita un análisis crítico de la situación global y del reto que implica para la salud y la política social de nuestras sociedades.

El crecimiento de las telecomunicaciones y las redes de información ha ayudado a delinear los encuadres de trabajo sobre los derechos incluidos en convenciones globales y el sistema de justicia internacional pero tales tendencias se ven contrabalanceadas por la desintegración y la marginalización social dentro de las comunidades. Resulta paradojal observar que en la mayoría de los trabajos se 'responsabiliza' a la incapacidad o renuencia del Estado para llevar a cabo tales decisiones omitiendo del análisis la dinámica política, la correlación de fuerzas Norte-Sur y/o el peso de otros factores y de otros grupos de poder (Por ejemplo la Iglesia Católica; los laboratorios, la dependencia económico financiera, etcétera).

A. Cardelle (1998) examina 20 experiencias de colaboración entre distintas ONG y el Gobierno en proyectos de reforma de atención de salud desarrollados en Guatemala, Ecuador y Chile. Se evaluó la forma en que factores tales como las relaciones entre la SC y el Estado, la democratización, la reforma del Estado o la presión internacional han catalizado o constreñido las políticas que promueven las colaboraciones. Estima que la asignación de recursos no es un factor ni suficiente ni necesario para obtener resultados positivos. Tampoco es suficiente la unidad de las ONG. Por el contrario, los resultados positivos requieren de un contacto fluido entre diferentes niveles de la burocracia en varias instituciones y no sólo entre las ONG y la unidad ONG-Gobierno. La falta de compromiso y la pérdida del conocimiento acumulado ocasionado por burocracias frecuentemente rígidas, engendra una falta de cohesión entre las estructuras y políticas de gobierno, precursoras de una efectiva colaboración gobierno-ONG. El análisis destaca tres pilares por desarrollar para lograr una colaboración satisfactoria entre las OSC y el Gobierno: a) una amplia base de compromiso político y una creencia en la validez de la colaboración ONG-Gobierno; b) un sistema de procedimientos adecuado que guíe la relación programática y financiera entre ONG y el Estado; c) un mecanismo de diálogo y debate que permita trascender la disputa sobre ciertos problemas y comprometerse.

Abiertamente a favor del rol de proveedor de servicios de las OSC, Cardelle recomienda que el sector gubernamental instituya e implemente políticas para el logro de información sistemática a fin de evaluar progresos en el corto y largo plazo. Sostiene que la práctica de colaboración con las ONG a través de la contratación necesita ser reconocida como un sistema de prestación de servicios sociales y vista como una inversión pública –de claro corte focalizado–, agregamos nosotros.

De debilidades y limitaciones

Del análisis efectuado sobre la vasta producción de trabajos encarados o encomendados durante los 90 por diversos organismos internacionales (BM, BID, Pnud, OMS, OPS), puede afirmarse que, en los referidos a América Latina, hay un fuerte énfasis colocado en las potencialidades del sector no lucrativo; recién a fines de la década los estudios relativizan el alcance de su accionar. Otro dato por tener en cuenta es que la mayoría de los trabajos han sido realizados por universidades y centros de investigación estadounidenses o británicos, unos pocos son canadienses y es muy reducida la presencia de investigadores latinoamericanos.

Como rasgos negativos se destacan la insuficiente capacitación dentro de las OSC, una política interna compleja, autoridades legales no claras, inestabilidad de los fondos, dependencia del donante y mecanismos débiles para supervisar y aumentar la escala de trabajo. En menor medida, se afirma que la *accountability* de estas organizaciones y su política interna no coinciden con lo postulado: en su dirección, predominan hombres y grupos de ingresos elevados que actúan en favor de su propio interés, sin voluntad de enfrentar al Estado o a las burocracias en favor de los intereses de personas pobres (Gómez,

2000). Asimismo, se conjugan fuentes de financiamiento inestables, con asientos contables endebles, dependencia de la colaboración de voluntarios e inadecuado apoyo por parte del Estado o de las fundaciones privadas.

Gran parte de estas limitaciones son atribuidas a la complejidad de la política local y a las relaciones de poder, que limitarían la influencia de las ONG y de otros grupos de la SC. En lo interno, remiten a la existencia de un número elevado de organizaciones dentro de la comunidad conformadas por relaciones desiguales de género. Así, Valla (1994) nos alertará sobre la forma en que las visiones y el conocimiento sostenidos por el personal profesional de las ONG no necesariamente representan o equivalen al conocimiento y prioridades de las comunidades con las que trabajan.

En *Grassroots Movements, Political Activism and Social Development in Latin America: a comparison of Chile and Brazil,* J. Foweraker (2001) examina la evolución de la actividad política en América Latina, especialmente en Chile y Brasil. Observa un declive en la actividad del movimiento social que es propio del período autoritario, con énfasis en la negociación más que en la movilización y una creciente participación e interacción con organismos estatales.

Con la transición a la democracia, se pierden los efectos cohesivos de las reivindicaciones de derechos; la combinación de una democracia elitista con la política económica neoliberal condujo a las organizaciones populares a la marginación política. Estas organizaciones pueden prestar simplemente servicios sociales para el Estado (reforma de la salud y la educación en Chile) o pueden separarse y ser desmovilizadas por disputas burocráticas (reforma de la salud en Brasil). En todos los casos, una participación más estrecha con los organismos estatales ha conducido a que las OSC queden expuestas al clientelismo y a la tiranía política.

Tal como lo precisa Foweraker, con la disminución de la financiación externa en los 90, las organizaciones populares de América Latina pierden la posibilidad de sobrevivir sin la financiación estatal. Esto implica, con frecuencia, la pérdida de su autonomía, la incapacidad de mantener una actitud crítica o de fomentar proyectos alternativos de desarrollo. De todos modos –comenta el autor– hay señales positivas: la descentralización promovida por el propio neoliberalismo a menudo fomenta nuevas formas de participación popular. Las ONG han empezado a formar asociaciones locales, nacionales e incluso internacionales para aprovechar al máximo estas oportunidades. Sin embargo, la descentralización no acaba con la política del clientelismo –e incluso puede fortalecerla– por lo que sigue existiendo el riesgo de cooptación; incluso, la política estatal puede fomentar la participación mediante la creación de sus propios "grupos de usuarios". Como conclusión, en clave conformista se indica que, dada las dificultades financieras y la descentralización operada, la inclinación de las ONG hacia la prestación de servicios sociales no es necesariamente negativa, aun cuando no hayan intervenido en la formulación de la política, recomendando en tono optimista que las organizaciones internacionales traten de identificar y fomentar aquellas organizaciones populares que puedan asumir la tarea de crítica y abogacía e impulsar posibles futuros alternativos para el desarrollo social.

Layton-Oakley y Taylor (2000) estiman que la calidad y eficiencia de los servicios de las ONG no han sido adecuadamente investigadas y que la sustentabilidad de sus acciones es limitada. Examinan una serie de cuestiones que pueden influir en los resultados de las OSC en lo que concierne a la prestación de servicios: la naturaleza de los contratos firmados entre las OSC y los gobiernos para la prestación de servicios y la legislación gubernamental y el modo en que las OSC pueden utilizar la labor desplegada en la prestación de servicios para influir en la política. Argumentan que la relación con el gobierno tiene una influencia clave en la participación de las OSC en el ámbito de la ejecución de servicios; que necesitan mantener su propia contribución distintiva al desarrollo y no convertirse únicamente en agentes contratados por el Estado.

Ibrahim (1998) muestra que el trabajo con la SC ha incrementado en el BM la atención por las nociones de capital social y por la inclusión de los pueblos en desarrollo estimando que las 'fallas' del desarrollo, especialmente en África Subsahariana, se deben al perfil de esas perspectivas. Encuentra que la mayor atención hacia la SC coincide con un alejamiento del paradigma determinista y economicista. La 'movilización humana'/solidaridad de la SC ha sido más relevante mientras las orientaciones normativas y de abogacía son poco 'apreciadas' por el BM y disminuye la receptividad hacia las mismas cuando el trabajo de las organizaciones es percibido en términos de sus dimensiones e implicancias políticas.

En *Civil Society, the UN and the World Bank*, Civicus (1998), se describe la expansión de las relaciones entre las ONG y las instituciones de la ONU, particularmente el BM reconociendo la existencia de tensiones entre las partes porque el diálogo a menudo está sujeto a los términos estipulados por el Banco; las ONG no quieren legitimar los procesos porque sienten que es ilegítimo y algunos gobiernos no quieren la participación de la SC en negociaciones de ciertos temas, tales como el desarme.

En un discurso muy crítico presentado a la Oficina Central del BM en febrero de 2003, el Dr. Kumi Naidoo, Secretario General de Civicus realiza un balance de las articulaciones entre SC y BM precisando los siguientes aspectos:

- Las organizaciones defensoras de los derechos de las mujeres advierten sobre los reducidos esfuerzos que hace el BM en sus políticas y operaciones en pro de la igualdad de género.
- Los grupos de la SC perciben una actitud muy desigual en lo que se refiere al compromiso de la SC y del BM: la diferencia tiene que ver fundamentalmente con la forma de participación y la calidad del vínculo. Las OSC podrían encarar la implementación de auditorías participativas para evaluar los éxitos y fracasos y para crear espacios críticos.
- El BM está comenzando a apoyar ejemplos viables e innovadores de participación, como el del Presupuesto Participativo en Porto Alegre. Pero estos principios no parecen haber sido internalizados al interior del propio banco.
- Se reclama mayor transparencia, comunicación y apoyo normativo en las interrelaciones con los gobiernos y de los gobiernos con las SC.

Es indudable que la descentralización, la privatización y los servicios sociales basados en la demanda han cambiado los arreglos institucionales en el procesamiento de las políticas sociales en América Latina. Cuáles grupos de la SC resultan beneficiados y cuáles están siendo abandonados son cuestiones para investigar, más allá de presumir que la reforma del sector social esté facilitando la 'consolidación de la democracia' en la región (Rutherford, 1998).

Países seleccionados: Brasil, México y la Argentina

Darcy de Oliveira (2003), historiando el surgimiento y multiplicación de las ONG en Brasil, señala que este fenómeno constituye una vertiente significativa de un proceso de autoestructuración de una SC en un contexto de lucha por el reestablecimiento del Estado de Derecho. A su vez, representa la emergencia de un tipo específico de organización marcada por una fuerte visión antiestatista y cuya evolución configurará un subconjunto bien delineado al interior del campo más amplio de las entidades sin fines de lucro.

Como características particulares, Oliveira indica que en Brasil los militantes que provenían del campo de la 'concientización' y de la pedagogía de la liberación buscaron nuevos modos de relación con los sectores populares. La toma de conciencia de las propias ONG de sus especificidades será un fenómeno de los 80. Al enfatizar el desenvolvimiento directo de la población en el enfrentamiento de los problemas y carencias que afectan a la vida cotidiana y al reivindicar derechos de diferentes grupos sociales, las acciones de las ONG se dispersaron en temáticas, lugares y circunstancias anticipando la agenda de nuevos movimientos populares como explosión de demandas y conflictos que caracterizarán a Brasil en los 80 y los 90. En ese período se dará un proceso de diferenciación entre ONG y sectores populares, patrones de interrelación más flexibles, de conflicto (protagonismo más audaz en la esfera pública) y colaboración entre ONG y órganos públicos.

D. Becker (2002) sostiene que la sociedad brasileña está cada vez más movilizada para organizarse en acciones directas y para exigirle al Estado una mejor actuación. Con la creación del Sistema Único de Salud disminuye la provisión de servicios asistenciales por parte de las ONG. Sin embargo, refiere con preocupación que en el último período se han dado algunas tentativas por parte del Gobierno para involucrar a las OSC en actividades de atención de la salud. Las contrataciones de personal para las políticas de Salud de la Familia y de Agentes Comunitarios través de las ONG son ejemplos que cita. Aprecia que la imprecisa interfase entre varios niveles del Gobierno encierra el riesgo de que aquéllas actúen como intermediarias o sustitutas del Estado, confundiendo las funciones legítimas del sector. "Este risco se agrava em um país como o nosso, onde a maior parte do financiamento do Terceiro Setor provém do Estado. Por outro lado, sem o devido controle, o repasse de recursos a organizações inidôneas pode ser facilmente manipulado e retornar a 'doadores' devidamente 'lavado'" (Becker, 2002:2).

Desde otra concepción, C. Connor (2000) informa que las asociaciones para la Reforma de Salud evaluaron la contratación de los ONG como un mecanismo para incrementar la escala

de los servicios de HIV/ Sida, racionalizar la financiación y el monitoreo. Según su punto de vista, la contratación otorga al usuario más influencia para defender los resultados de las actividades de las ONG y hace a ambos más responsables. Teniendo en cuenta experiencias de Brasil y Guatemala recomienda que la contratación de ONG sea una parte fundamental de la estrategia nacional para establecer un vínculo formal entre los objetivos de ésta última y las comunidades a las cuales las ONG sirven.

Como lo comenta R. Parker (2002), la SC se ubicó en el centro del debate entre dos posiciones. Por un lado, el BM con sus propuestas de políticas focalizadas y de reducción de cobertura. Por otro, el movimiento de reforma sanitaria que luchaba por un sistema universal de atención, prevención y promoción de la salud. Por la presión de la sociedad, la integralidad de la asistencia y la prevención se tomó un principio básico de la respuesta brasileña frente al Aids.

Estudios de Brasil indican la importancia de una tercera forma de relación entre los gobiernos locales y centrales y las OSC en la provisión de servicios, sin desplazamiento del otro. Los autores concluyen que es necesario desarrollar una investigación en profundidad para evaluar los roles de las ONG en la provisión de servicios y actuar con cautela en su contratación como proveedoras, alentando actividades piloto entre el Estado y las ONG en una escala que pueda ser ampliada con posteridad (Foweraker, 2000).

En ocasión del seminario ¿Solidariedade e Cidadania: Princípios Possíveis para as Respostas ao HIV/Aids?, organizado por Anais Abia (2002), Carlos Duarte (Gapa/RS) especificó algunas ‘constricciones’ en virtud de la falta de movilización política actual y de la interrelación entre ONG-Aids y el sistema de salud, precisando que los consejos municipales y estaduales de salud deben sensibilizarse más en torno a las cuestiones generadas por la epidemia, especialmente en aquellos distritos pequeños y medianos.

Se criticó que por mucho tiempo las relaciones entre el Estado y la SC se dieron a través de la ‘dictadura de los proyectos’ (financiamiento y seguimiento de propuestas elaboradas por ONG y seleccionadas por un comité externo al organismo público). Sin embargo, también se reconoce que dicho financiamiento posibilitó el fortalecimiento de distintas organizaciones a través del aumento de cobertura de las acciones de prevención en lugares y poblaciones donde el gobierno tiene dificultades de acceso.

Igual que lo constatado en la Argentina durante la mayor parte del funcionamiento del Proyecto Lusida, se señaló en el referido seminario que los procesos de convocatoria pública de proyectos a ONG producen desmovilización política de los grupos comunitarios, a pesar del crecimiento en el número de organizaciones. La introducción de las terapias combinadas politizó nuevamente el activismo con respecto al acceso al tratamiento. La aproximación del MS/Aids como instancia de control social dentro del sistema de salud desempeña un papel fundamental en el proceso de institucionalización y descentralización de las acciones de prevención y asistencia en Brasil.

Dagnino (2002) presenta los resultados de una investigación cuyo objetivo ha sido el análisis de las relaciones entre el Estado y la SC y su impacto en la buena administración. Supone que la participación de la SC y sus articulaciones con el Estado generan formas más democráticas de toma de decisiones, promueve justicia social y reduce la exclusión. Compara cinco casos pesquisados por diversos investigadores. Con referencia a la 'participación civil en los espacios públicos', reconoce que el proceso de construcción democrática es contradictorio y fragmentado por la influencia de matrices culturales diversas. Por un lado, el autoritarismo social, las jerarquías y las visiones excluyentes de la sociedad y la política resultan obstáculos para la constitución de los espacios públicos. Por otro, la confrontación de dichas visiones es precisamente uno de los principales resultados democratizantes.

Las relaciones entre el Estado y la SC son siempre tensas y están atravesadas por conflictos en torno a la efectiva posibilidad de compartir el poder. Los mecanismos que bloquean este 'compartir' son varios. Muchos se originan en concepciones políticas que resisten a la democratización de los procesos de toma de decisiones; otros, están vinculados a las características estructurales del funcionamiento estatal (razonamiento técnico-burocrático, papelerío, ineficiencia, falta de sensibilidad y preparación). Desde la SC la generación de un espacio público más igualitario se ve dificultado por la falta de capacitación técnica y política. La formulación, discusión, deliberación y ejecución demandan un dominio técnico que los representantes de la SC en general no tienen y que los técnicos no siempre están dispuestos a transferir. Aparece el dilema de optar entre institucionalizar el conflicto o la movilización social.

Dagnino comenta que en las experiencias analizadas se verifican tensiones perversas entre los proyectos de articulación con la SC, la profundización de la democracia y la estrategia neoliberal de Estado mínimo. La perversidad se localiza en el hecho que, buscando proyectos contrarios, ambos modelos requieren de una activa participación de la SC. El Consejo de Ceará, sin representación o comunicación con el movimiento de las mujeres, se transformó en un espacio burocrático para la elaboración y ejecución de proyectos segmentados y para la legitimación de un discurso gubernamental que predica participación ciudadana. El movimiento de mujeres perdió una oportunidad para contribuir a la democratización del poder. Lo que había prometido ser una articulación de concepciones políticas que servirían como base para la alianza entre el Estado y dicho movimiento se transformó en una complementariedad instrumental que a su vez parece definirse como otra alianza basada en la lógica de la modernización del proyecto gubernamental ya que el concepto de género legitima al gobierno con las agencias de financiación internacionales al incorporar un discurso moderno, técnico y competente.

Uno de los aspectos más interesantes del proceso de democratización fue el reordenamiento del espacio público sobre la base del reconocimiento de las asociaciones como sujetos colectivos de derecho. En el campo de la salud la participación fue priorizada a través de la intervención de las organizaciones de moradores en los Consejos de Salud. Se destaca la participación de los usuarios que alcanza al 50%, sin embargo, a más de una década de su funcionamiento, aún existen dificultades en la participación y en la representación en los centros de

salud y limitaciones al ejercicio del control social por falta de información o capacitación, por el escaso compromiso de los movimientos populares en cuestiones de salud, por cooptación por parte de los profesionales del campo y por manipulación de los representantes de las autoridades gubernamentales (Brant de Carvalho, 2003).

En el Encuentro de Redes de Mujeres de 1998, fue priorizado como eje de trabajo de las ONG para los próximos años 'El control social en el área de la salud'. Como ejercicio de ciudadanía, se destaca la importancia de los Consejos de Salud y de las Conferencias de Salud (a todos los niveles) como instancias institucionales de control de las iniciativas del Estado para garantizar la implementación de políticas coincidentes con los principios del SUS, sobre la calidad de los servicios asistenciales destinados a la mujer (RITS, 2003).

A partir de los 80, Charry y Calvillo (2002) verifican para México el surgimiento de numerosos nuevos actores que se han organizado y luchado para alcanzar una 'ciudadanización activa' en la toma de decisiones a través de nuevos métodos de acción colectiva e inéditas formas de organización social. Si bien en la región se asiste al fenómeno de la 'onegeización' en virtud de procesos macroeconómicos y políticos mundiales que condujeron a la aplicación de los programas de ajuste estructural, sería peculiar el peso que tuvieron en México los sismos de 1985 y el debilitamiento de su régimen político. Promoviendo el desarrollo comunitario, trabajando en la problemática de la salud o tras la defensa de los derechos humanos, han sentado las bases para la creación de un nuevo modelo de acción colectiva caracterizado por lo que Melucci denomina 'áreas en movimiento'.

Conceptualizando a las OSC como sujetos sociales colectivos, Charry cuestiona los enfoques que privilegian el análisis de las funciones de estas nuevas formas organizacionales de la SC. Para él no constituyen sólo un medio para el logro de fines –políticos o económicos– sino que representan un fin en sí mismas. Los actores de los MS contemporáneos empeñan también su propia vida cotidiana; por ello, el fortalecimiento de esas formas organizativas implica asimismo el fortalecimiento de su propia cultura o incluso la posibilidad de encontrarse construyendo alguna otra cultura alternativa. De acuerdo a sus interpretaciones, éste es el motivo –especialmente partir de los 90– de la proliferación de las OSC, al punto de convertirse en los fines del propio MS. Se han transformado en una forma de poder cívico: intervienen en las 'políticas públicas', aunque el alcance de su impacto se verifica en áreas particulares del sistema social, nunca dentro de todo el sistema.

Si bien se verificaron cambios importantes en las interrelaciones con el mercado y el Estado, el *Informe Preliminar del Proyecto Sociedad Civil en México* (Civicus, 2001) indica una serie de factores por evaluar. Entre varios, resaltamos aquí: 1) el Gobierno no ha reconocido la capacidad de las OSC para resolver necesidades particulares; 2) el impacto de las OSC sobre el proceso de la política pública es débil, puesto que los canales de participación son insuficientes y 3) las OSC no siempre muestran democracia interna y estricta *accountability* pública.

Con la victoria electoral del partido de la Revolución Democrática en el D.F. y bajo la modalidad de programas de co-inversión se registró una experiencia innovadora con la participación de la Red por la Salud de las Mujeres en la conducción del proyecto 'La salud sexual y reproductiva' (SSyR); intervención que se ejecutó en dos delegaciones. Las organizaciones de la Red (conformada por 20 ONG, la mayoría integrantes activas del movimiento feminista) participaron en la formulación de los lineamientos del Programa Anual de SSyR 2000 de la Secretaría de Salud. Uno de sus objetivos específicos fue el de promover la convergencia de diferentes actores –autoridades gubernamentales, organizaciones locales, universidades, personal de salud y usuarios– con el objeto de redimensionar la participación ciudadana en el desarrollo de las políticas públicas sanitarias (Álvarez Enríquez, 2001).

De este modo, el trabajo de la Red ha desarrollado en los últimos años diversas acciones de carácter público en materia de salud tales como la modificación de normas oficiales técnicas (sobre cáncer cérvico-uterino, VIH/Sida, violencia familiar y embarazo, parto y puerperio) y la organización del Primer Tribunal para la Defensa de los Derechos Reproductivos, cuyo fin es dar a conocer las diversas formas de violación de los DSyR de las mujeres por parte de las instituciones médicas. Sin embargo, el éxito de esta colaboración tiene sus límites. Al ser un trabajo realizado en el marco de la normativa oficial, algunos aspectos relacionados con la SSyR que integran la plataforma programática de la Red, son soslayados. Especialmente la cuestión del aborto que, pese a ser uno de los principales problemas de salud pública en la actualidad y pese a constituir la tercera causa de mortalidad materna en México, no se encuentra aún amparado por la Ley.

Desde la óptica de Álvarez Enríquez, lo relevante de esta experiencia de participación entre la Red y la Secretaría de Salud es el desarrollo de una notable capacidad de incidencia de las organizaciones en el espacio público urbano. Así, es posible verificar el desarrollo de dos procesos paralelos: por un lado, la intervención de las organizaciones en el ámbito público-estatal (participación en la formulación de la política pública oficial, contribución a la gobernabilidad de la ciudad y construcción de un ámbito de interlocución con el gobierno) y por otro, la participación de las organizaciones en la ampliación del espacio público no estatal (Bresser Pereira & Cunill Grau, 1998) con promoción de la participación ciudadana (defensa de los derechos de las mujeres, asunción de tareas y responsabilidades públicas por parte de la Red, ampliación de la cobertura y mejora de la calidad de los servicios de salud).

También en México se reconoce la importancia del papel que las OSC han desempeñado en relación con la epidemia del Sida. La insuficiencia de las políticas (oficiales?) ha determinado que frente a la creciente demanda de atención por parte de las mujeres algunas organizaciones deban asumir una serie de actividades que a menudo difieren de las planteadas por sus objetivos centrales. Por esta razón, no siempre cuentan con recursos y personal profesional idóneo para dar una respuesta al problema. En muchos casos, se carece de una perspectiva de género que favorezca un mejor entendimiento de la realidad femenina. Por otro lado –nos advierten C. Herrera y L. Campero (2002)–, muchas iniciativas siguen encarando el tema

desde el enfoque de los 'grupos de riesgo' y centran su estrategia en conocer y controlar las prácticas de grupos como el de las trabajadoras sexuales por ejemplo. También persiste la idea de 'empoderamiento', basada en el desarrollo de habilidades para la negociación del uso del condón, donde el concepto de negociación implica supuestos cuestionables, tales como la idea de que está regateando algo valioso en igualdad de condiciones, o que existe comunicación verbal con la pareja. La mayoría de estos esfuerzos son –según las autoras– importantes, pero locales y solitarios, y no involucran en su trabajo a tomadores de decisiones ni a formuladores de políticas públicas. Entre las necesidades más urgentes de las OSC figuran entonces, la capacitación de sus miembros, la realización de esfuerzos en forma coordinada con instituciones de salud y educación; el intercambio de experiencias, trabajo y recursos materiales a escala interinstitucional y, particularmente, la formación de redes entre las organizaciones que trabajan con mujeres.

Como rasgo distintivo de la región, en los últimos 20 años también surgió una serie de fundaciones y asociaciones civiles en la Argentina. El Centro Nacional de Organizaciones Comunitarias (Cenoc) resume el perfil de las más de 9.000 organizaciones inscriptas –aunque estimando que sólo el 20% está actualmente en funcionamiento– diciendo que tales entidades carecen, en general, de una visión macro, tienen una mirada acotada del tema del cual se ocupan, están escasamente capacitadas para llevar adelante procesos de auditoría y monitoreo y poseen un registro incompleto de los presupuestos y de sus problemas de financiamiento.

Particularismo, paternalismo, falta o exceso de profesionalismo, recursos reducidos o inexistentes e insuficientes mecanismos de rendición de cuentas han sido identificados como rasgos característicos de dichas instituciones por el Proyecto Comparativo sobre el Tercer Sector auspiciado por la Universidad J. Hopkins (Roitter & Gonzalez Bombal, 2000). Sus fortalezas más importantes radican en la capacidad de actuar como 'alerta temprana', el trabajo dentro de la comunidad y su llegada en terreno, creatividad e innovación para el desarrollo de sus actividades y capacidad de contención con espíritu solidario.

Sin embargo, en el contexto del 'ajuste estructural' y la globalización financiera dependiente,

> las instituciones del gobierno y de la SC y las prácticas de sus actores, generaron una dinámica de desplazamientos y fragmentación de los conflictos a través de acuerdos no generalizables. Esta dinámica contribuyó a configurar una forma estatal con un alto grado de concentración del poder que facilitó una resignificación tecnocrática de los derechos políticos y sociales, resignificación que fungió de discurso legitimante a los ajustes realizados sobre las estructuras de los servicios públicos. (Carrizo, 2001:2)

Como en el resto de los países del Cono Sur, los grupos asistencialistas, de beneficencia, culturales, mutualistas, existieron antes del nuevo fenómeno de las ONG y mantuvieron relaciones con los gobiernos de distinto signo. La mayoría de ellas tiene muy clara su 'misión' de brindar servicios privados, a menudo, con fondos públicos. De mayor antigüedad – aunque también con formato de fundaciones o asociaciones civiles –, es en las instituciones de neo-beneficencia ligadas a los sectores de la alta burguesía conservadora argentina y a la Iglesia

Católica, donde el discurso del gerenciamiento, eficiencia y *marketing* tiene mayor presencia. Son también las que más peso político y de *lobby* han tenido, especialmente en las áreas de la infancia, el menor, la pobreza y a través de las cuales se canalizan muchos de los planes de ayuda social. En las dos últimas décadas su acción colectiva ha estado vinculada a la oposición a las leyes del divorcio, pro derecho al nonato; contra las leyes de salud sexual y reproductiva; contra la despenalización del aborto, para citar las cuestiones más ligadas a la salud.

Las instituciones que trabajan en las temáticas del VIH/Sida, Mujer e Identidades Sexuales se han constituido, desde mediados de los 80 en grupos de presión, colocando en la esfera pública cuestiones de alta significación social que hacen directa o indirectamente a la calidad de vida y a la dignidad de las personas con relación a temáticas de salud, género y sexualidad, etcétera.

Siguiendo a Henriksen (1996), quien distingue cinco tipos de interrelaciones entre gobiernos y OSC, las ONG-Adicciones pueden ser caracterizadas por una interacción contractual; en las instituciones con trabajo en VIH/Sida, en las de Mujer y en la de Identidades Sexuales, se presentan tres pautas: luchan por la salud y los derechos humanos y mantienen una colaboración crítica pero también una especial interacción contractual. La mayor autonomía relativa, en tanto asociaciones de autoayuda, se presenta en las redes y en las organizaciones de base.

Aunque con presión más fuerte y consistente por parte de las ONG-Sida, buena parte de las innovaciones que se han producido en las políticas publicas han seguido una lógica 'de arriba hacia abajo', es decir desde el Estado hacia la sociedad civil. El proyecto Lusida provino de la iniciativa de un organismo multilateral y fue diseñado a partir de un diagnóstico sobre la situación de la temática en la Argentina y no de consultas con las organizaciones que operaban en el campo. Los principales juicios críticos expresados con respecto a la manera en que se concibió y ejecutó el componente destinado a las OSC por los integrantes de las ONG entrevistados fueron (Biagini, 2002b): 1) Impugnación al tecnicismo y complejidad de los protocolos que exigen un profesionalismo no aplicable para la mayoría de las OSC; 2) objeción a la estrategia de fortalecimiento de la SC a través de proyectos anuales puntuales no susceptibles de repetirse o continuarse en el tiempo; 3) cuestionamiento de la elección de algunos proyectos y apoyo a acciones no válidas; 4) crítica al sistema de seguimiento y control previsto; 5) relativización del alcance de los resultados obtenidos enrelación a las erogaciones realizadas por el Lusida, consideradas demasiado elevadas.

A partir de nuestros estudios hemos verificado lo relatado en el seminario Solidariedade e Cidadania: princípios possíveis para as respostas ao HIV/Aids? (2002) acerca de la desmovilización que producen los proyectos financiados por el Estado y coincidimos con C. Câmara sobre lo atípicas que han resultado en ambos países las políticas frente al Sida en el contexto del ajuste y de la reforma neoliberal del Estado. Éstas presentan características más vinculadas con el modelo del *Welfare State* que aquellas alentadas para nuestra región por los organismos financieros internacionales exceptuando algunos casos puntuales. Durante la ejecución del Lusida –sobre todo entre 1998 y 2000– el nivel de cuestionamiento y confrontación entre estas organi-

zaciones o las redes de PVVS con el Estado disminuyó notablemente a la par que en la Argentina se incrementaban fuertemente las luchas sociales y se reagrupaban grupos, sindicatos y movimientos sociales de variado tipo.

En los dos últimos años, las luchas de las redes confrontativas y los MS ligados a Mujer y a Identidades Sexuales obtuvieron interesantes logros, especialmente referidos a la legislación sobre DSSyR y a la primera ley en América Latina que en la Ciudad de Buenos Aires reconoce la unión civil entre personas con prácticas homosexuales.

Pese a su reciente aparición –y más allá de la carga de estigmatización que aún soporta–, la categorización de la infección por VIH/Sida como enfermedad –fenómeno que no está exento de la influencia de la medicina, la industria de los medicamentos y la sostenida presión de organismos internacionales como la OMS, Onusida o BM–, lo cierto es que la capacidad mostrada por las ONG/Sida ha sido superior en su entretejido de alianzas que aquéllas, por ejemplo, vinculadas con la temática de la salud reproductiva o el consumo de sustancias no legales. El juego de influencias y cooptaciones no son sólo prácticas del Estado. Los laboratorios medicinales tienen aceitadas estrategias para 'empoderar' grupos y para persuadir a los profesionales de la medicina; estrategias que han llevado a que algunas ONG y redes anteriormente más combativas tengan hoy un discurso 'privadamente medicalizado'. Las cerradas reacciones de algunas de estas instituciones a tímidas propuestas para iniciar estudios sobre la posibilidad de producir estatalmente en la Argentina algunos antirretrovirales configura un claro ejemplo de la situación que estamos describiendo.

Después del famoso 20 de diciembre de 2001 –argentinazo, para algunos–, durante los primeros meses del gobierno provisional (2002) se conformó un Comité de Crisis cuyo objetivo fue dar una respuesta específica a la problemática de la atención médica y la medicación. Con el apoyo de los representantes locales de Onusida y en medio de luchas cuasi canibalísticas entre redes de ONG para posicionarse en la Mesa Nacional del Foro de ONG de Sida y para desempeñar diversos roles fuera y dentro del país, la Argentina obtuvo un importante subsidio del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la tuberculosis y la malaria. Durante cinco años, a través de la administración del Pnud y la 'fiscalización' del Estado, más de cuatro millones de dólares serán implementados por la sociedad civil.

Sin embargo, como refirió Houtart (2001) en el Foro Social Mundial, hay SC de 'arriba' y de 'abajo'. En la Argentina hay otro tipo de actores no gubernamentales en diferentes 'espacios de aparición' que luchan contra la injusticia, la pobreza, el desempleo y la exclusión social. Se trata de grupos no institucionalizados, organizaciones de base, barriales y locales de distinto tipo en su formato de Asambleas Barriales autoconvocadas o como Movimientos de Trabajadores Desocupados. Como MS, los *piqueteros* están usando un miserable subsidio mensual para crear organización popular y defender algunos derechos. En muchos casos, en el día a día construyen un nuevo estilo de hacer política. Cuestionan la

democracia representativa por formas más directas de participación. En el último año, han demandado a universidades y a ONG apoyo y asesoramiento en cuestiones de ITS-Sida, SSyR, reducción de daño y educación popular.

Muchos de estos movimientos de resistencia tienden a profundizar la ciudadanía, demandan políticas públicas universales y luchan por la defensa de los derechos humanos y sociales. Han creado un espacio de protesta pública y de desobediencia civil posicionando valores y prácticas horizontales y democráticas, la autonomía, la igualdad y el cambio social.

MS y salud: la cara poco reconocida de la SC

La importancia que han tenido los movimientos sociales y las luchas sostenidas por derechos y reivindicaciones en torno a la salud no guardan correspondencia con el alcance y características de la producción académica.

La búsqueda que hemos emprendido analizando diversas fuentes bibliográficas y las ponencias presentadas desde 1997 en algunos de los congresos llevados a cabo en América Latina en torno al campo de la salud, la esfera no gubernamental, las políticas públicas y las ciencias sociales nos permiten llegar a las mismas afirmaciones a las que arriban Philip Brown et al., s. d.), quienes señalan que la amplia discusión académica y política en torno de los MS no incluye a los relacionados con la salud. Los autores examinaron las revistas sociológicas más importantes de los EE.UU. desde 1995 hasta el presente, y hallaron que sólo una de las 72 publicaciones sobre MS (*Social Problems, American Sociological Review*) se ocupó del movimiento social de salud. Similar desatención fue verificada en importantes libros sobre movimientos sociales.

Algunas fuentes secundarias consultadas indican que ha sido descuidado por parte de las ciencias sociales el condicionamiento que ejercen distintas acciones colectivas sobre los sistemas de salud, las propias prácticas médicas y las legislaciones. El impacto de las acciones de las mujeres activistas o de los grupos gays y lésbicos sobre los conceptos médicos y sobre los derechos reproductivos; la influencia de las ONG con trabajo en Sida y sus alianzas para incrementar los fondos para investigación y provisión de medicamentos o la presión de las PVV en torno a la forma en que se realizan los tests y las experimentaciones clínicas; las luchas sociales en contra del cierre de hospitales o el corte de servicios médicos; el activismo para mejorar el medio ambiente, son sólo algunos ejemplos de un cuadro de situación reducido. Dichas fuentes no advierten que tampoco se ha analizado la incidencia que han tenido los laboratorios de medicamentos o la industria de la tecnología médica al alentar o disuadir demandas de la SC e inversiones del Estado.

En Anexo adjunto, clasificado por regiones, se encuentra el listado de los materiales relevados en torno a las temáticas que hemos seleccionado (intercruce SC/Mujer, Identidades Sexuales y VIH/Sida). Con referencia los problemas de salud femeninos es significativa la inexistencia de estudios o relatos de experiencias de reclamos u organizaciones que trabajan en torno

al problema de violencia doméstica, a pesar de la importancia de esta cuestión en nuestros países. Tampoco fue posible hallar material, excepto unos pocos en la Argentina, acerca de demandas de personas con prácticas homosexuales, reclamos, presiones o análisis que tomen como objeto de estudio a las ONG que se ocupan de la prevención o tratamiento del consumo abusivo de drogas.

Sin pretender trazar un cuadro representativo de las luchas y enfrentamientos producidos en América Latina en el último lustro, a modo de acuarela ejemplificaremos algunas de las problemáticas y acciones de movilización y presión colectiva más concurrentes.

Coincidimos con Briceño-León (2001) quien sostiene que en la región, los MS en salud surgen como una reacción a la reforma del sector o bien como creación de alternativas populares. Se trata de un movimiento doble: por un lado, se oponen a muchos de los cambios propuestos por los organismos multilaterales o los gobiernos y por otro, protestan por el funcionamiento del sector Salud ya que la oposición a la reforma no significa una defensa del sistema anterior.

La Argentina: movimiento de mujeres y consulta no vinculante del BM hacia las ONG

Chejter y Laudano (2000) estudiaron en la Argentina cómo la acción colectiva de las mujeres generó en los 80 la institucionalización de espacios a nivel estatal, avances a nivel formal en cuanto a reconocimiento de derechos y una cierta aceptación de la perspectiva feminista en distintos ámbitos. Identifican diferentes modalidades de relación y articulación de las cuestiones de género en algunos MS, la mayoría de las cuales refiere a problemáticas de salud (DSSyR, despenalización del aborto o DDHH vinculados a identidades sexuales).

Se preguntan por las posibilidades reales de políticas de equidad de género dada la imposibilidad de incidir en los procesos globales que incrementan la pobreza y el desempleo, la mortalidad infantil y el deterioro de la calidad de vida. Asimismo, plantean la necesidad de preguntarse si el término ‘temas de mujeres’, hegemónico en los 80, no resultaba más claro que el de ‘perspectiva de género’, que deslizó el énfasis hacia cuestiones de participación y de equidad formal. Paradójicamente, los autores observan que los organismos internacionales que recomiendan una mayor preocupación del Estado por perspectivas de género son los mismos que le restan capacidad financiera de intervención, desalentándola. En 2002, con la presión y contrapresión de diferentes conjuntos sociales, se sancionó en la ciudad de Buenos Aires la ley de SSyR y en 2003 se promulgó a nivel nacional la ley 25.763. Poco tiempo después, para establecer una línea de base desde el punto de vista de ‘usuarios’ acerca de la situación real de los servicios de SSyR y para monitorear el accionar del Programa de SSyR, se creó un Consorcio para la Promoción y Monitoreo de los DDSSyR con la participación de varias ONG y redes de mujeres.

Varios países: movimiento de mujeres y reformas del sector Salud

Desde 1999, el programa Mujer, Salud y Desarrollo, de la OPS, impulsa un proyecto encaminado a promover la equidad de género en las reformas del sector Salud de la región.

Con una duración de tres años en cada país y financiado por las fundaciones Ford y Rockefeller, el proyecto se desarrolla en dos países pilotos: Chile (2001) y Perú (2002). Así, se afirma que la propuesta habría facilitado: a) el fortalecimiento de la capacidad de abogacía y de organización de los grupos de mujeres y otros defensores de la equidad para participar en la formulación y la fiscalización de las políticas de SSy R y b) la formulación de propuestas intersectoriales de políticas pro equidad de género que respondan a prioridades definidas participativamente por los actores interesados. En el plano de la 'institucionalización', el proyecto habría inspirado la creación y apropiación de mecanismos intersectoriales que permitan la articulación de actores clave de gobierno y de la SC para la formulación y vigilancia de políticas.

La opinión sobre la marcha de la reforma y la incidencia del proyecto no parece ser la misma entre las mujeres chilenas a casi dos años del inicio. El Segundo Parlamento de las Mujeres por la Reforma de la Salud realizado en mayo de 2003, recoge las propuestas elaboradas por 400 mujeres de organizaciones sociales chilenas. Defienden la equidad en salud, en especial la equidad de género, la incorporación de la perspectiva de género en la reforma, el fortalecimiento del sector público de salud, la creación de mecanismos de participación ciudadana y el suministro de recursos suficientes para la salud integral de la población en los aspectos promocionales, preventivos, curativos y de rehabilitación. También reclaman la aprobación del proyecto de Ley Marco de DSyR procurando que la reforma aborde integralmente todos aquellos aspectos relacionados con la salud mental y laboral de las mujeres.

El informe de la SC *Cairo Más Diez – Perú* (julio 2003) evalúa el cumplimiento de los acuerdos del programa de acción respecto de los temas de equidad de género en el Perú denunciando que el informe oficial no recogió importantes preocupaciones de la SC respecto de los DSSyR, la equidad de género y la violencia contra la mujer. Indican que durante el gobierno del período 1995/2000, la perspectiva transversal de género y el lenguaje de los DSSyR y los acuerdos de Cairo estaban en plena implementación aunque no desaparecieron las violaciones de los derechos reproductivos de mujeres campesinas. La SC tuvo un rol muy importante y Perú se encontraba entre los países de avanzada en el tema en la región. Se admite que con el gobierno de transición se siguió trabajando el tema de la violencia contra la mujer pero el sector público disminuyó el énfasis en los DSSyR. Con el gobierno de Toledo, sectores del ala más conservadora de la Iglesia Católica y de otras organizaciones asumieron una gran injerencia. Asimismo, se denuncia una campaña de descrédito hacia las ONG y de fiscalización y control de recursos y temáticas trabajadas por ellas que, sumada a la posición de la administración Bush en estos temas y a las interpretaciones de la política de Ciudad de México, van minando las posibilidades de financiamiento al trabajo de la SC organizada comprometida con los DSSyR. La familia, en su acepción tradicional, y no la persona humana, pasa a ser el foco de

las políticas sociales. El programa Mujer, Salud y Desarrollo, del Ministerio de Salud, se desactivó en 2002. Ante el retroceso, se crean mesas, foros y coaliciones de la SC que exigen el reconocimiento de estos derechos en el marco de los derechos humanos y la participación real de la SC en el diseño, implementación y evaluación de las políticas.

La publicación *on line* de la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (revista *Mujer Salud* 2/2002) subraya que el proceso de globalización económica es el principal obstáculo para 'gozar' del derecho a la salud, ya que 'ha contaminado los sistemas y estructuras sociales, económicos y políticos' y ha profundizado las condiciones de inequidad e injusticia social. Dicha publicación subraya su preocupación por el avance de la reforma del sector Salud en la región y considera necesaria una posición de vigilancia sobre su impacto en la condición de vida y salud de las mujeres ya que, en los países donde la reforma ha avanzado, se registran impactos negativos en el derecho a la salud de la ciudadanía.

La Primera Cumbre de Mujeres Indígenas de las Américas (Oaxaca, abril de 2002) reunió a más de 350 delegadas de 22 países. Se abordaron temas vinculados a los derechos de sus pueblos, la condena al Alca y los derechos de soberanía, libre determinación y equidad entre mujeres y hombres. Reconocen que la riqueza ancestral de los pueblos indígenas tiene sus orígenes en la transmisión de sus valores a través de la educación comunitaria, donde las mujeres han desempeñado un rol importante como comadronas, consejeras y guías espirituales, propiciando la persistencia de conocimientos, valores tradicionales y saberes indispensables para el desarrollo de modelos de salud pertinentes a sus culturas y tradiciones.

Bajo la consigna '¡Otro mundo es posible!', la declaración sobre la salud de la mujer en el III Foro Social Mundial (enero de 2003:1) propone

> un mundo en el que la vida de las mujeres tenga la dignidad de poder optar por una maternidad elegida y la libertad de disponer de su propio cuerpo. Un mundo en el que el derecho a la vida de las mujeres no esté amenazado por su vulnerabilidad ante los riesgos inherentes a su capacidad de gestar y dar a luz. Ese otro mundo no es posible sin que todas las mujeres que así lo decidan puedan acceder legalmente a abortos realizados en las mejores condiciones de atención.

En cuanto al trabajo en red como una forma de movimiento social, B. Shepard –en su investigación sobre las redes reivindicativas de ONG en América Latina (2003a)– reconoce que la mayoría opera en contextos políticos muy variables y complejos, sin consenso en el interior del movimiento respecto de las estrategias políticas por seguir, y precisa que el abordaje de temas conflictivos implica costos políticos y, muchas veces, económicos. Las estrategias políticas de las redes detectadas cubren un amplio espectro de actividades: desde el seguimiento de acuerdos internacionales hasta asesorías, capacitación, campañas de sensibilización y defensa de derechos así como conformación de comités multisectoriales a nivel local. Acertadamente observa –compartiendo la preocupación de Chejter y Laudano sobre las implicancias de algunos ejes de acción–, que las ONG, mayoritariamente profesionales, que propugnan reclamos

por los derechos de la mujer, no siempre trabajan sobre las problemáticas prioritarias de los sectores postergados relacionadas con temas como el acceso a la salud, con o sin programas de aborto. Con la promesa del 'enfoque de género' incluida entre los objetivos de la reforma del sector Salud impulsada en la región por el BM, poco se luchó desde estas organizaciones y redes por el acceso y la cobertura universales. Recién a partir de los 'efectos' comprobados de la misma, se verifican acciones de denuncia más a nivel de redes que a nivel de ONG específicas.

Tratando de superar en forma voluntarista estos "dilemas" propone: "una forma de romper el círculo sería que los donantes que no deban canalizar fondos a través de entidades de gobierno den especial consideración a aquellas ONG que han asumido el riesgo político de denunciar cuando el gobierno viola los derechos humanos o incumple sus obligaciones" (Shepard, 2003a:13), como si donantes y agencias internacionales no tuvieran nada que ver con el modelo que se alienta.

Varios países: demandas y reclamos por derechos para diversas identidades sexuales

De acuerdo a M. Pecheny (2001) durante los años 80, las denominadas 'minorías sexuales' se movilizaron y demandaron por protección, en términos de derechos negativos (protección ante la violencia, no discriminación, etcétera) en tanto que en los 90, procuraron el reconocimiento de derechos positivos. Las temáticas diferenciales serán para los gays el tema del Sida y para las lesbianas el tema de la opresión de género. Actualmente, en materia de sexualidad y relaciones amorosas, vuelve a emerger una conciencia de los límites de las políticas basadas en reivindicaciones de derechos formuladas como exigencias al Estado. En la Argentina y México la unión civil y la adopción constituyen temas de la agenda aunque en Buenos Aires han sido más importantes los progresos. En los 90 los ejes específicos de las reivindicaciones gays fueron absorbidos por la lucha contra el Sida, lo cual despolitiza la demanda de reconocimiento de la diversidad sexual y la transforma en una demanda de acceso a la salud y de no discriminación. Al mismo tiempo se facilita la incorporación a la ciudadanía de tales organizaciones. Los movimientos feministas y de mujeres visibilizan la problemática de las lesbianas en el marco más general de la subordinación femenina y los sistemas de sexo/género. Las demandas en torno a derechos civiles se expresan a partir de dos ejes: la política institucionalizada –a través del *lobby* y la estructuración de redes horizontales– y los reclamos judiciales que fueron, en general, favorables a los demandantes. Paralelamente, hay una conciencia creciente de que el lugar del cambio social en materia de sexualidad no pasa por la legislación y las políticas públicas sino por espacios intermedios; por las organizaciones y ámbitos de la SC y por el espacio de las interacciones sociales con los otros significativos.

Pecheny sostiene que, paralelamente a las reivindicaciones de derechos, desde los movimientos de minorías sexuales se registran prácticas políticas menos formales que apuntan al reconocimiento social a nivel de la vida cotidiana.

A Modo De Colofón... Provocativo

¿Consenso o conflicto? ¿Servicios o abogacía?
¿Dependencia o autonomía? ¿Colaboración o contestación?

Resulta pertinente recuperar las observaciones realizadas por Dagnino (2002) quien, al analizar las relaciones entre Estado y la SC, entiende que la valoración negativa que se realiza indicaría que los parámetros de las mismas están condicionados por una serie de *a priori.* Expresa que una evaluación más productiva sobre el accionar de la SC ha de partir del reconocimiento de la complejidad de este proceso y de la diversidad de contextos. La evaluación de estos espacios públicos de participación no debe considerarlos como resultado del potencial democratizador de una sola y homogénea variable: 'la participación de la SC'; es más bien el resultado de relaciones complejas entre fuerzas heterogéneas que involucran a los actores más diversos en las disputas por los diferentes proyectos políticos a los que la SC no es ajena. La autora sostiene que, a diferencia de una visión idealizada sobre el peso de los MS o la SC institucionalizada, podría enfatizarse la importancia de políticas públicas y de los espacios para su formulación que contribuyan a una visión diferente de la participación de la SC en estos espacios, sus límites y posibilidades. Para que estos espacios constituyan una arena de este tipo, necesitan ser cabalmente públicos en su formato y en su resultado. De ahí la importancia de rescatar el énfasis en el carácter 'público' que deben tener estas políticas mientras se reconoce que la creación del interés público es un proyecto innovador en la sociedad brasileña y que por esta misma razón, encara tremendas resistencias y dificultades.

Tratando de ampliar la esfera de lo público para incluir los bienes 'públicos' que generan o demandan la SC 'institucionalizada y en movimiento', Bresser Pereira y Cunill Grau (1998) afirman que proponer la expresión 'lo público no estatal' se orienta en esa dirección, insinuando que la sociedad civil no es equivalente a lo público tanto como que el Estado no lo agota sino que, precisamente en la ruptura de esta dicotomía es donde puede encontrarse una de las mayores potencialidades para el cambio social.

No obstante, para comprender la realidad latinoamericana es preciso replantear la idea de lo público no estatal "como parte de un proceso de rearticulación, de reencuentro de aquello que la tradición liberal ha escindido. No se puede pensar la economía y la política, la sociedad y el Estado como esferas independientes o neutras entre sí" (Lander, 1998:449).

Retomando las premonitorias advertencias de E. Lander, el tema de la esfera pública no estatal en las sociedades latinoamericanas no puede abordarse haciendo abstracción de las formas históricas de constitución de lo 'público' y lo 'privado' en el continente, ni tampoco al margen de los cambios políticos y económicos globales que ocurren en las sociedades contemporáneas. Está asociado a la alteración de las relaciones entre Estado y sociedad, entre Estado y mercado, y más ampliamente, a la problemática general de las transformaciones en la naturaleza misma de lo político.

En ausencia de formas de organización y representación política y social alternativas a las tradicionales –en crisis– que garanticen la democracia en condiciones adversas, caracterizadas por un incremento de la desigualdad y la desarticulación social, 'el discurso de la esfera pública no estatal podría contribuir al proceso de deslegitimación del Estado', sin ofrecer alternativas efectivas para la defensa de los intereses de los grupos más débiles de la sociedad.

A. Touraine insiste en que lo que está en juego en los conflictos contemporáneos no es simplemente la defensa y autonomía de la SC frente al Estado. Más bien, lo que importa es, ante todo,

> qué clase de SC es la que deberá defenderse. No basta asegurar la autonomía o incluso la primacía de la SC frente al Estado, porque, como lo muestra el ejemplo del capitalismo liberal en los EE.UU. e Inglaterra, esto podría significar simplemente la primacía de las élites socioeconómicas sobre las administrativas. (Touraine, 1983 apud Cohen & Arato, 2001:579)

En la misma dirección, Bresser Pereira y Cunill Grau (1998:32) advierten que en nuestros países la importancia que adquiere la noción de lo público está vinculada a "la conciencia de que el Estado ha estado expuesto a un proceso de privatización, dominado y capturado por intereses particulares, tanto de corporaciones privadas como de las propias burocracias". Desde la sacralización del campo asociativo se olvidó que el Estado no monopoliza ni necesariamente realiza el interés público, pero la sociedad en abstracto tampoco.

En función de los dos procesos que hemos diferenciado como impulsores de la expansión de las ONG en los últimos 20 años –construcción de ciudadanía y solidaridad o implementación de un nuevo asistencialismo social– pueden 'tipificarse' dos clases de asociaciones: las de promoción y defensa de derechos, y aquellas que, como prestadoras de servicios, buscan ser concesionarias para la operación de programas y servicios públicos y para realizar acciones de bienestar y desarrollo. A nuestro entender, el concepto de TS que combina asociacionismo, filantropía asistencialista y voluntariado daría cuenta especialmente de este tipo de asociaciones ya que la noción ha hecho históricamente referencia a los aspectos de consenso, de armonía y de equilibrio como característica casi 'orgánica' de los sistemas sociales, desvalorizando las oposiciones, las luchas y las resistencias.

Son tiempos de dejar de mirar en compartimientos. Acordamos con las potencialidades de la articulación Estado-sociedad civil y también con la economía pero, en todos los casos, debería establecerse con qué finalidad y entre quiénes. La 'delegación', la transferencia, la tercerización pueden presentar como correlato la cooptación, el corporativismo, la corrupción y no parecen remitir a formas espurias de un modelo supuestamente eficiente. Derivan y son funcionales al modelo.

En la temática de Salud-SC tampoco deberíamos olvidar la necesidad de hacer una reflexión y crítica a nuestras propias prácticas profesionales vinculadas con la participación que han tenido los profesionales de las ciencias sociales en el diseño, implementación y monitoreo del ajuste perpetuo.

E. Basualdo (2001) habló del "transformismo de la sociedad política y civil de la Argentina", que resultó cómplice del mayor empobrecimiento que haya sufrido ningún país latinoamericano en el último medio siglo. También estuvo presente en este proceso el transformismo de los intelectuales que participaron en la elaboración y monitoreo de programas sociales 'focalizados'. Programas que alentaron en democracia aquello de 'Achicar el Estado es agrandar la Nación'; que promueven –con créditos blandos– el fortalecimiento de la sociedad civil arrebatando la responsabilidad al Estado en esa materia. En fin, programas que alentaron el clientelismo y el asistencialismo, no constructores de ciudadanía. Más que de política se trató, en el sentido de Rançiere (1996), de 'policía' en tanto que dicho orden se vincula con el orden funcional, con la política como procedimientos, como administración, lo cual facilita mediatizar el anclaje estructural del poder político y la vinculación con grupos sociales concretos.

¿Sociedad civil? Interrogante difícilmente saldable porque su carácter, como construcción social y como categoría de análisis, se vincula a diferentes concepciones teóricas del campo de las ciencias sociales y a distintas posiciones político-ideológicas de los actores involucrados.

¿Salud? Un concepto con parámetros también escurridizos aunque no tan relativos como a veces quiere presentarlos la supuesta medicina 'mercantilizada' de la evidencia.

Referencias Bibliográficas

ARATO, A. & COHEN, J. Esfera pública y sociedad civil. *Metapolítica*, 3(9), 1999. www.metapolitica.com.mx.

BASUALDO, E. *Sistema Político y Modelo de Acumulación en la Argentina*. Buenos Aires: Ed. UNQuilmes, 2001.

BIAGINI, G. & SÁNCHEZ, M. *Actores sociales y Sida. ¿Nuevos agentes de salud? ¿Nuevos MS?: el complejo VIH/Sida y las ONG*. Buenos Aires: Espacios, 1995.

BRESSER PEREIRA, L. & CUNILL GRAU, N. (Orgs.) *Lo Público no Estatal en la Reforma del Estado*. Buenos Aires: Clad, Paidós, 1998.

BROWN, P. et al. *Health Social Movements: a brief introduction to the workshop. Social Movements Section of the American Sociological Association*, s/d.

COHEN, J. & ARATO, A. *Sociedad Civil y Teoría Política*. México: FCE, 2001.

HABERMAS, J. *Teoría y Praxis: estudios de filosofía social*. Madrid: Altaya, 1987.

HALL, J. In search of civil society. In: HALL, J. *Civil Society*. Cambridge: Polity Press, 1995.

HOUTART, F. SC y espacios públicos. Exposición Foro Social Mundial. (Recibido por e-mail, 2001.)

ISUNZA VERA, E. *Las Tramas del Alba: una visión de las luchas por el reconocimiento en el México contemporáneo* (1968-93), México: Ciesas, M. A. Porrúa, 2001.

LANDER, E. Límites actuales del potencial democratizador de la esfera pública no estatal. In: BRESSER PEREIRA, L. & CUNILL GRAU, N. (Orgs). *Lo Público no Estatal en la Reforma del Estado*. Buenos Aires: Clad, Paidós, 1998.

LAURELL, A. C. & MORA, E. M. *La Salud: de derecho social a mercancía*. México: Unam-F. F. Ebert, 1995.

OLVERA RIVERA, A. (Coord.) *La SC: de la teoría a la realidad*. México: El Colegio de México Ed.,1999.

PETRAS, J. *Monthly Review*, abril de 2000. (Por e-mail.)

RABOTNIKOF N. La caracterización de la SC. *Nueva Sociedad*, 171:101-119, 2001.

RANÇIERE, J. *El Desacuerdo: política y filosofía. El comienzo de la política*. México: Nueva Visión,1996.

ROITTER, M. & GONZALEZ BOMBAL, I. (Comps.) *Estudios sobre el Sector Sin Fines de Lucro en Argentina*. Buenos Aires: Cedes, J. Hopkins University, 2000.

SERRANO, E. Modernidad y sociedad civil. In: OLVERA RIVERA, A. (Coord.) *La SC: de la teoría a la realidad.* México: El Colegio de México Ed.,1999.

THOMPSON, A. El tercer sector en la historia argentina. Buenos Aires: Cedes, 1995a. (Documentos)

THOMPSON, A. *¿Qué es el "Tercer Sector" en la Argentina? Dimensión, alcance y valor agregado de las organizaciones sin fines de lucro*. Buenos Aires: Cedes, 1995b. (Documentos, 110)

TOURAINE, A. Triumph or downfall of civil society. Cambridge, Cabridge University Press,1983. (Humanities in review, 1). In: COHEN, J. & ARATO, A. *Sociedad Civil y Teoría Política*. México: FCE, 2001.

TUSSIE, D. (Comp.) *Luces y Sombras de una Nueva Relación: el Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Mundial y la sociedad civil*. Buenos Aires: Flacso, Temas Grupo Editorial, 2000.

Anexo I

Materiales Relevados: Investigaciones, Ponencias Y Artículos, Organizados Por Zonas

A - Referencias Generales

ANHEIER, H.; GLASIUS, M. & KALDOR, M. Introducing global civil society, 2001. http://www.lse.ac.uk/Depts/global/Yearbook/PDF/Ch1.pdf

BALBIS J. ONG, *Gobernancia y Desarrollo en América Latina y el Caribe*. Montevideo: Comité Nacional de Enlace Programa Most/Unesco, 2001. www.lasociedadcivil.org

BISSAINTHE, A. et al. UNDP and CSO: building alliances for development, 1998. http://www.undp.org/csopp/CSO/NewFiles/docbuildall.html

BREMAN, A. & SHELTON, C. Structural adjustment and health: a literature review of the debate, its role-players and presented empirical evidence, 2001. http://www3.who.int/whosis/cmh/cmh_papers/e/pdf/wg6_paper06.pdf

BRICEÑO-LEÓN, R. Movimientos sociales y salud: transformaciones del Estado y participación popular. VI Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Salud, Perú, 2001. (Mimeo.)

BROWN, L. D. et al. Globalization, NGOs and multi-sectoral relations, 2001.

http://papers.ssrn.com/sol3/delivery.cfm/SSRN_ID253110_code001213530.pdf?abstractid=253110

CARDELLE, A. Democratization, health care reform, and NGO-Government collaboration: catalyst on constraint?, 2001. www.miami.edu/nsc/publications/Papers&Reports/ Healthcare.html.

CLAYTON-OAKLEY-TAYLOR. Civil society organizations and service provision. Declaración de Antigua, América Latina y el Caribe dicen no a la violencia, 2002. www.reddesalud.web.cl

DODGSON, R. et al. Global health governance: a conceptual review. Centre on Global Change & Health, London School of Hygiene & Tropical Medicine, 2002. http://www.lshtm.ac.uk/

EDWARDS, M. Civil Society and global governance, 2002.

http://www.unu.edu/millennium/edwards.pdf

FOWERAKER, J. Grassroots Movements, political activism and social development in Latin America: a comparison of Chile and Brazil. United Nations. Research Institute for Social Development, 2001.

GÓMEZ, E. Equity, gender, and health policy reform in Latin America and the caribbean. Paho/Amor, Report, 2001.

HENRIKSEN, L. S. Voluntary organizations and local government in Denmark. *Voluntas,* ISTR, 7(2), 1996.

IBRAHIM, S. Nurturing civil society at the World Bank: an assessment of staff attitudes, 1998.

http://lnweb18.worldbank.org/essd/essd.nsf/e0a6beef25793a39852567f200651c5c/b01d3e9c4c0bc7eb8525682d00609d59?OpenD

ISAACS, S. & SOLIMANO, G. Health reform and civil society in Latin America, *Development,* 42(4), 1999.

ITRIAGO MACHADO, A. Y M. Las redes como instrumentos de transformación social Caracas, sin dato.

JIMÉNEZ DE LA JARA, M. Mujer y sociedad civil. Foro Estado, SC y democracia en las Américas: a un año de la carta democrática Interamericana, Lima, Perú, septiembre 24 al 27, 2002. (Por e-mail.)

KORTEN, D. NGO strategic networks: from community projects to global transformation. Global Development Research Center, 1990.

http://iisd1.iisd.ca/pcdf/1991/stratnet.htm.

KUMI, N. Civil society, governance and globalisation world bank, presidential fellows lecture. Washington D.C., 2003.

http://lnweb18.worldbank.org/essd/essd.nsf/All/943999D14D69CEB585256CC900838324

LANDIM, L. & THOMPSON, A. Las ONG y la filantropía en América Latina: una visión de conjunto. *Voluntas*, ISTR, 8(4), 1997.

LOEWENSON, R. Overview of issues from the bibliography on Civil Society and health, TARSC, 2003a. http://www.tarsc.org

LOEWENSON, R. Civil society influence on global health policy. TARSC, 2003b. http://www.tarsc.org

LOEWENSON, R. Civil society contributions to pro-poor, health equity policies. TARSC, 2003c. http://www.tarsc.org

LOEWENSON, R. Annotated bibliography on CS and Health CS: State interactions in National Health Systems S Initiative WHO Training and Research Support Centre Zimbabwe, 2003d.

LOEWENSON, R. Civil Society Initiative WHO-TARSC, 2003e.

MALOY, T. K. Activists blast World Bank and IMF policies. UN Research Institute: Social Development Civil Society and Social Movements, 2001.
http://www.globalpolicy.org/ngos/role/globalact/int-inst/2001/0501blast.htm

NAJAM, A. *The Four Cs of Government - Third Sector Rel: cooperation, confrontation, complementarity, co-optation.* Boston: Boston University, 2000.

NGO Advocacy Networks in Latin America. Lessons from experience in promoting women's and reproductive rights in Latin America. North-South Agenda Paper, 61 of The Dante B. Fascell North-South Center at the University of Miami, 2003a.

NGO Advocacy Networks in Latin America. Addressing gender issues with men and couples: involving men in sexual and reproductive health services in Aprofe, Ecuador. FXB Center Working Paper, 13. Boston, MA: François-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights, Harvard University. 2003b.

OPS-OMS Comité Ejecutivo. 20ª sesión, marzo 2003. Subcomité Mujer, Salud y Desarrollo, EUA, 2001.

PROGRAMA MUJER SALUD Y DESARROLLO. Integrando criterios de equidad de género en las políticas de reforma del sector Salud de América Latina y el Caribe, 2002.

www.paho.org./generoysalud/

RUTHERFORD, B. *Civil (dis)obedience and Social Development in the New Policy Agenda: research priorities for analysing the role of civil society organizations in social policy reform, with particular attention to Sub-Saharan Africa and Latin America*. Regina, Otawa: University of Regina,1998.

SHEPARD, B. Redes de ONG reivindicativas en América Latina: lecciones de la experiencia de promover los derechos reproductivos y de la mujer. Florida: Universidad de Miami, Coral Gables.

(http://www.miami.edu/nsc/publications/Papers&Reports/NGOAdvocacyNetworks.html (Agradecemos envio 2001.)

UNFPA: Partnership and Empowerment, Empowerment, Gender, Equality and Reproductive Rights. Chapter 4. www.unfpa.org

VERGARA ESTÉVEZ, J. Modernización, democracia y sector social en América Latina, II Encuentro de Investigación y Desarrollo del Sector Social UCA - Minetti, Argentina, 2001. CD.

VILLAR, R. La institucionalidad política y el tercer sector en Colombia: notas para una reflexión. Tercer Encuentro de ISTR-LAC. Buenos Aires, 2001.

YONGJIAN J. & WIJKMAN A. Local Governance: report of the United Nations Global Forum on Innovative Policies and Practices in Local Governance. UN, p. 1-19, 1996.

B. Referencias: Argentina

BERGEL, P. Resumen Foros Regionales de Consulta sobre la Estrategia de Asistencia al País (C.A.S.) del Banco Mundial, marzo de 2000. (Mimeo.)

BIAGINI, G. Lo público no estatal: una mirada desde las ONG con trabajo en Sida, IV Jornadas de Sociología, FCS, UBA, 2000.

BIAGINI, G. ONG y salud: ¿Públicas o privadas? II Encuentro de Investigación y Desarrollo del Sector Social, UC de Córdoba y Fundación Juan Minetti, Córdoba, 2001a. CD.

BIAGINI, G. Sociedad civil y salud: ¿Acción colectiva o provisión de servicios? VI Congreso de Ciencias Sociales y Salud, Capítulo Latinoamericano, Lima, Perú, 2001b.

BIAGINI, G. El Espacio Público No Gubernamental y la Salud: a propósito de las autoidentidades, Tercer Encuentro ISTR-LAC. Buenos Aires, 2001c. CD.

BIAGINI, G. Articulación Estado-sociedad civil: la perspectiva de las ONG con trabajo en salud. XXIII Congreso Alas, Antigua Guatemala, 2001d. CD.

BIAGINI, G. Lo estatal y el campo gubernamental ¿De qué interrelaciones se habla?, 2º Seminario Anual de Investigación sobre el Tercer Sector Colegio Mexiquense A.C, Toluca. Mx. 2002a.

BIAGINI, G. (Comp.) Actores sociales y Sida (2), Publicac. interna Cátedra Sociología de la Salud, FCS, UBA, 2002b.

BIAGINI, G. Civil Society and Public Policy on Aids and Drugs, 406 Academic Session, Salzburg Seminar, Salzburgo, 2003.

BIAGINI, G. & SÁNCHEZ, M. *Actores Sociales y Sida. Nuevos MS? Nuevos Agentes de salud? Las ONG y el complejo VIH-Sida en Argentina*. Buenos Aires: Espacios, 1995.

BIFARELLO, M. The role of social actors in shaping public policy. Public-private partnerships in Argentina. Rosario: Universidad Nacional de Rosario 1998. www.lasociedadcivil.org

BIFARELLO, M. Public-third sector partnerships: a major innovation in argentinian social policy, IV Conferencia ISRT, Dublin, 2000. www.lasociedadcivil.org

CAMPETELLA, A.; GONZÁLEZ BOMBAL, I. & ROITTER, M. *Definiendo el Sector sin Fines de Lucro en Argentina*. Buenos Aires: Cedes, 2000.

CARRIZO, C. Intervención estatal y Sociedad Civil, II Encuentro de Investigación y Desarrollo del Sector Social, UCA- F. Mainetti, Córdoba, 2001. CD.

CHEJTER, S. & LAUDANO, C. Género en los movimientos sociales. Buenos Aires, s/d. www.cecym.org.ar

CHEJTER, S. *Procesos de Globalización y Discursos Sociales: articulaciones y disidencias discursivas en el discurso de los movimientos de mujeres y otros movimientos sociales en la Argentina de la última década*. Antiga Guatemala: Alas, 2001.

CONSEJO Asesor de la Sociedad Civil - BID. *Conjuntos: sociedad civil en la Argentina,* Buenos Aires: Edilab, 1998.

CORREIA. M. A. I. A. *Las relaciones de género en la Argentina: un panorama sectorial*. Buenos Aires: Banco Mundial, 1999.

ECKSTEIN, S. & WICKHAM-CROWLEY, T. Sexual orientation, Aids and human rights in Argentina. In: ECKSTEIN, S. & WICKHAM-CROWLEY, T. (Eds.) *Struggles for Social Rights in LatinAmerica*. New York, London: Routledge, 2002.

ELIAS, M. F. *Gestión de Políticas de Salud en la Ciudad de Buenos Aires: tensiones entre ciudadanía y salud integral, UBA*. Antigua Guatemala: Alas, 2001.

FILMUS, D. (Coord.) *El Perfil de las ONG en Argentina*. Buenos Aires: Editorial BM, Flacso, 1997.

GARAY, C. Incidencia de ONG en políticas públicas: las ONG como actores políticos en el campo de infancia y tratamiento y prevención de HIV-Sida. Argentina, Buenos Aires: Cedes, 2000. (Mimeo.)

GIORGETTI, D. Movimientos y organizaciones de sectores populares en Argentina, UBA, UNS, Alas, 2001.

GONZÁLEZ BOMBAL, I. *Público y Privado: las organizaciones sin fines de lucro en la Argentina*. Buenos Aires: Cedes, s. d.

GUTIÉRREZ, M. A. Mujeres Autoconvocadas para decidir en libertad (Madel): la experiencia reciente del movimiento de mujeres. (Mimeo.)

KLARICH, A. & RÍOS, A. Tercer sector y salud: una aproximación a través del estudio de ONG vinculadas a VIH/Sida. IV Jornadas Salud y Población. Buenos Aires: G. Germani, 2001.

KORNBLIT, A. L.; PETRACCI, M. & SZULIK, D. Las ONG que trabajan en VIH Sida: acciones y escenario público, IV Jornadas Salud y Población Buenos Aires: G. Germani, 2001. (Mimeo.)

LUCIANI, L. *Salud y Sociedad Civil*, 2001/02. Tesis de Maestría, Buenos Aires: Maestría Salud Publica, UBA.

MERCER, H. *Público y Privado en Salud: conjuntos. sociedad civil en Argentina*. Buenos Aires: Edilab, BID,1998.

MERTENS, S. Organizaciones sin fines de lucro y economía social: dos concepciones del tercer sector. *Centro de Estudios de Sociología del Trabajo*, 33, s. d.

MIORELLI, R. Sociedad civil y democracia: entre contestación y colaboración, III Encuentro ISTR-LAC Buenos Aires, 2001.

PECHENY, M. De la "no-discriminación" al "reconocimiento social". Un análisis de la evolución de las demandas políticas de las minorías sexuales en América Latina, IGG, XXIII Congreso Latin American Studies Association, Washington D.C., recibido por e-mail. 2001a.

PECHENY, M. *La Construction del'Avortement et du Sida en tant que Questions Politiques: le cas de l'Argentine*. Lille: Presses Universitaires du Septentrion (TESIS). 2001b. 2 vol.

QUINTAR, A. & CALLELO, T. Prácticas colectivas que expresan hoy la resistencia popular en el gran Buenos Aires, Argentina. Antigua Guatemala: Alas, 2001.

RODRÍGUEZ, M. Las políticas de atención y prevención del VIH/Sida desde la visión de las ONG específicas. In: BIAGINI G. (Comp.) *Actores Sociales y Sida (2)*, Public. Int. Cátedra Sociología de la Salud, UBA, 2002.

SÁNCHEZ, M. C. Nuevos movimientos sociales y Sida: el caso de las ONG que se ocupan del complejo VIH/Sida en Argentina. VII Congreso Alames, Buenos Aires, 1997.

SÁNCHEZ, M. C. *ONG y Sida* 2002*: nuevas formas de movilización social*. BIAGINI G. (Comp.) *Actores Sociales y Sida (2)*, Public. Int. Cátedra Sociología de la Salud, UBA, 2002.

SCHAPIRA L. El liderazgo femenino en las ONG asistenciales argentinas, 1999. (Mimeo.)

THOMPSON, A. Night and day: cooperation and conflict between the Third Sector and the State in Argentina. II Congreso Internacional ISTR, México, 1996. (Mimeo.)

YNOUB, R. Comunidad, SC y Estado en la planificación de políticas públicas: el caso de los servicios de atención en violencia familiar. Argentina. VII Congreso Alames, Buenos Aires, 1997.

ZALDÚA, G. et al. Los programas de prevención y promoción de la salud de las mujeres desde una perspectiva de género en *Género y Salud*. In: ZALDÚA, N. (Comp.) Buenos Aires: Eudeba, 2000.

C. Referencias: Brasil

AHNEN, R. Civil society's push for political space: child and adolescent rights councils in Brazil. CS's push for political space: child and adolescent rights councils in Brazil. *The International Journal of Childrens Rights*, 9:15-43, 2001. www.tarsc.org

BECKER, D. Organizações da sociedade civil e políticas públicas em saúde. Rio de Janeiro: Centro de Promoção da Saúde, s/d. www.cedaps.org.br (Agradezco envío por e-mail.)

BODSTEIN, R. C. A. et. al. Municipalização da saúde no Brasil e inovações na gestão. VIII Congreso Alames, La Habana, 2000. CD.

BRANT DE CARVALHO, M. C. A ação em rede na implementação de políticas e programas sociais públicos, 2003. www.rits.org.br

BRAVO, M. I de S. O controle social na saúde: uma demanda ao Serviço Social. Relatorio de projecto n. 990.237, VIII Congreso Alames, La Habana, 2000. CD.

CAMARGO, A. O controle social em uma instituição hospitalar: atores sociais e participação - Brasil. VII Congreso Alames, Buenos Aires, 1997.

CONNOR, C. Contracting non-governmental organizations for HIV/Aids: Brazil case study, 2000.

COSTA, A. & CASTILHOS, C. Manual Controle Social: uma questão de cidadania. Saúde é assunto para mulheres, 2002. www.anis.org.br

CUSTODIO, S. et al. Movimientos sociales y salud: la experiencia del Proyecto UNI-Marilla - Brasil. VII Congreso Alames, Buenos Aires, 1997.

DAGNINO, E. Civil society and public sphere in Brazil: limits and possibilities. Dept. of Political Science UNICAMP, Brazil. ISTR Fifth International Conference, Cape Town, 2002. www.lasociedadcivil.org.

DELGADO ARBEX, L. & CARVALHO DE FREITAS, R. A construção da parceria: equipe de saúde do C. R., DST/Aids - Vila Prudente, São Paulo - uma reflexão, VIII Congreso Alames, La Habana, 2000. CD.

EMERSON, E. M. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato na saúde (Lapa-Unicamp). VII Congreso Alames, Buenos Aires, 1997.

HETZEL, M. Regulação democrática e as mudanças do sistema de saúde do Brazil, VIII Congreso Alames, La Habana, 2000. CD.

LABRA, M. E. Processo decisório e Conselhos de Saúde. Balanço a partir de produção acadêmica. Rio de Janeiro: Relatório de Pesquisa Fase II Ensp/ Fiocruz, s/d, 2000.

LOPES DE CARVALHO, F. Fighting extreme poverty in Brazil: the influence of citizens'action on government policies, 1998. http://www1.oecd.org/dev/PUBLICATION/tp/Tp142.pdf

MICELI KERBAUY, M. T. Novos atores sociais e conselhos municipais, Departamento de Antropologia, Política e Filosofia da Unesp, Brasil, Alas, 2001. CD.

MONNERAT, G. ET. AL. Descentralização e controle social: os conselhos municipais de saúde na região metropolitana do Rio de Janeiro, VIII Congreso Alames, La Habana, 2000.

MOTA BORGES, S. da. As associações de moradores e seus representantes nos Conselhos de Saúde. Estudo exploratório sobre a qualidade da representação dos usuários. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz, s. d.

MURILLO CASSIO, F. Movimiento social y políticas sanitarias. La participación social del movimiento social en la gestión del programa de salud del trabajador en el municipio de Montes Claros durante el período 1993/96 - Brasil. VII Congreso Alames, Buenos Aires, 1997.

OLIVEIRA, M. D. A parceria Estado-sociedade: ampliando recursos e competências. Rede de Informações do Terceiro Setor, 2003a. http://www.rits.org.br/idac.rits.org.br/ONG

OLIVEIRA, M. D. ONG, Sociedade Civil e Terceiro Setor no Brasil, 2003b. www.rits.org.br

PARKER, R. Estado e sociedade em Redes: descentralização e sustentabilidade das ações de prevenção das DST/Aids. Abia: aprimorando o debate - respostas sociais frente à Aids. Anais do Seminário Solidariedade e Cidadania - Princípios Possíveis para as Respostas ao HIV/Aids, Rio de Janeiro, 2002.

PARKER, R.; TERTO, V. & PIMENTA, M. C. Aprimorando o debate: respostas sociais frente à Aids. Anais do Seminário Solidariedade e Cidadania - Princípios Possíveis para as Respostas ao HIV/ Aids, Rio de Janeiro, 2002.

PINHEIRO, R. Conselho Municipal de Saúde e a regulamentação do setor público sobre o privado: o caso da Santa Casa de Angra dos Reis. VII Congreso Alames, Buenos Aires,1997.

ROLIM, B. et. al. O papel das ONG na descentralização dos serviços assistenciais de saúde: a experiência de médicos sem fronteiras no Río de Janeiro. VIII Congreso Alames, La Habana, 2000.

SILVEIRA, R. de J. *As Conferências de Saúde: para além dos direitos sociais*. Antigua Guatemala: Alas, 2001.

SOUZA, M. A. de. *Movimentos Sociais no Brasil Contemporâneo: conquistas e desafios na consolidação da democracia e cidadania*. Universidade Estadual de Ponto Grossa. Antigua Guatemala: Alas, 2001.

SOUZA BRAVO, M. I. O potencial político dos Conselhos de Saúde. VII Congresso Alames, Buenos Aires, 1997.

SOUZA BRAVO, M. I. La salud en Brasil: importancia de la gestión democrática. Brasil, Alas, 1999.

SOUZA BRAVO, M. I. Participação social na saúde: a experiência dos conselhos do Brasil. Brasil, VIII Congreso Alames, La Habana, 2000.

SPERBERG, J. *La Participación de los Movimientos Sociales y la Sociedad Civil, Chile y Brasil*. Concepción: Alas, 1999.

VALLA, V. Construindo a saúde através da solidariedade e da compreensão numa conjuntura de crise. Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz. VII Congreso Alames, Buenos Aires, 1997.

D. Referencias: México

ÁLVAREZ ENRÍQUEZ, L. Colaboración e incidencia de las organizaciones civiles en el gobierno del distrito federal en materia de salud. México, Alas, Guatemala. Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades de la Unam, 2001.

(Agradezco su envío por e-mail.)

BERNAL, G. E.; BISSELL, S. & CORTES, A. Effects of globalisation on the efforts to decriminalise abortion in Mexico, 1999. www.sagepub.co.uk/journals/details/issue/abstract/ab010942.html

BUTCHER, J. P. A new perspective of voluntarism and citizen participation in Mexico: recreating civil society/government relationships. México, D.F.: Universidad Iberoamericana, s/d. www.saludygenero.org.mx

CHARRY, S. Geoestadísticas de las ONG en México hoy, 2001. (Agradezco su envío por e-mail.)

CHARRY, S. & CALVILLO, M. Diagnóstico del impacto social y político de las organizaciones civiles de México, 2002. (Agradezco su envío por e-mail.)

CHARRY, S. & CALVILLO, M. Espacio público y sociedad civil en la ciudad de México. Intervención ciudadana en la política de salud, 2002. (Mimeo.)

COHEN, J. & ARATO, A. La sociedad civil y la teoría social. In: OLVERA RIVERA, A. (Coord.) *La SC: de la teoría a la realidad*. México: El Colegio de México, 1999b.

GIRARDO, M. C. *Cultura Organizacional, profesionalización y competencias en las organizaciones de la sociedad civil*. México, Alas, Guatemala, 2001. (Mimeo.)

GONZÁLEZ MONTES, S. (Coord.) *Las ONG mexicanas y la salud reproductiva*. El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, Centro de Estudios Sociológicos, Programa Salud Reproductiva y Sociedad, 1999. http://www.colmex.mx/centros/ces/piem/public.htm

HERRERA, C. & CAMPERO, L. La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/Sida: constantes y cambios en el tema. *Salud Pública México*, 44(6), 2002.

LÓPEZ, S. Las organizaciones no gubernamentales de mujeres, salud reproductiva y participación ciudadana en Baja California. El Colegio de la Frontera Norte, México, Alas, Antigua Guatemala, 2001. (Mimeo.)

OLVERA RIVERA, A. J. Organizaciones de la sociedad civil: breve marco teórico. Doc. de Discusión sobre el Tercer Sector, 8, El Colegio Mexiquense Ac., Mx., 2001.

OLVERA RIVERA, A. J. *Civil Society in Mexico*. Instituto de Investigaciones Histórico-Sociales Universidad Veracruzana, s/d. (Mimeo.)

OLVERA RIVERA, A. J. The NGOs. A new form of associationism? Instituto de Investigaciones Histórico-Sociales Universidad Veracruzana, México, s/d.

PÉREZ ALFONSO, L. La transformación de la sociedad civil y el rol de los sectores organizados. Iztalapa, México: Universidad Autónoma Metropolitana, 2001.

SÁNCHEZ, C. & FERNÁNDEZ, M. El sentido de la participación de las organizaciones civiles en el diseño e implementación de las políticas sociales en el D.F.. ¿Nuevos espacios, nuevos mecanismos de participación? Iztalapa, México: Universidad Autónoma Metrolitana, Alas, 2001.

THOMPSON, A. Night and day: Coperation and conflict between the Third Sector and the State in Argentina. Ponencia II Congreso Internacional ISTR, México, 1996.

E. Referencias: Otros Paises Latinoamericanos

ANONG. Respuesta a la consulta a la sociedad civil uruguaya: programas sociales protegidos por el BM en Uruguay convocada por: Sección Nacional del Foro Consultivo Económico y Social del Mercosur, 2003. Uruguay. www.lasociedadcivil.org

FRASCA, T. Lecciones aprendidas de las actividades y programas para la prevención del Sida entre hombres con prácticas homosexuales. In: CÁCERES et al. (Eds.) *Sida y Sexo entre Hombres en America Latina: vulnerabilidades, fortalezas y propuestas para la acción*. Lima: Ed. UPCH-Onusida, 2001.

OPS-OMS. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Equidad y Reforma de la Salud en Chile: voces y propuestas desde la sociedad civil, 2002. www.paho.org/spanish/HDP/HDW/chilereform.htm

OPS-OMS. Experiencias de los países en materia de monitoreo de las políticas sanitarias desde el punto de vista del género. Experiencia en Costa Rica, 2003 www.paho.org.

Segundo Parlamento de las Mujeres por la Reforma de la Salud Santiago, 28 de mayo, 2003. (Recibido vía e-mail.)

SOCIEDAD CIVIL CAIRO MÁS DIEZ. Informe Resumen ejecutivo. Lima, 2003. (Agradezco a S. Vallenas la información enviada.)

22. MÁS ALLÁ DEL SIDA:
LA CUESTIÓN DE LA SALUD EN LAS COMUNIDADES GLBT
(GAY, LESBIANAS, BISEXUALES, PERSONAS TRANSGÉNERO)

Carlos F. Cáceres

COMUNIDADES GLBT Y SU COMPLEJA RELACIÓN CON LA 'SALUD'

La cuestión de la salud en las comunidades GLBT ha sido, durante dos décadas, casi sinónimo de Sida (y tal vez ETS - Enfermedades de Transmisión Sexual) específicamente en hombres gay y bisexuales (o, como el uso del acrónimo impuso, en 'hombres que tienen sexo con hombres' ó 'HSH'). Ciertamente, el Sida en hombres gay y bisexuales hizo visible en todo el mundo occidental a la comunidad gay (masculina) en su conjunto, y el foco de atención inicial no fue precisamente *su salud,* sino el temor por lo que se veía como un potencial papel de vectores de una epidemia desconocida. Pero luego de la explosión de la epidemia, y conforme se fue haciendo clara la dimensión de enfermedad severa y letal que experimentaba esta parte de la población, de alguna manera se constituye, más abiertamente en algunos lugares que en otros, un interés de las ciencias sanitarias por la salud de los hombres que tenían sexo con otros varones y, por extensión, tiempo después, por la salud de lo que comienza a verse como comunidad gay, lésbica, bisexual y transgenérica ó GLBT.

Las limitaciones de la perspectiva inicial eran obvias:

- Primero, el Sida es una enfermedad que ha afectado en especial a hombres, por lo que esta mirada excluye a las mujeres. Además, esta perspectiva mayormente ni siquiera dio cuenta de las particularidades de la población transgenérica.
- Aún cuando enfocada en 'hombres que tienen sexo con hombres', esta perspectiva no suele tener en cuenta que éstos, los 'HSH', comparten con los demás hombres ciertos problemas de salud, y también experimentan, como ellos, dificultades para buscar atención por cuestiones de salud.
- Finalmente, debemos reafirmar que es crucial la consolidación de una visión de la salud, más que como la ausencia de enfermedades o problemas, como el derecho humano a alcanzar, de manera proactiva, una situación dinámica de bienestar físico, mental y social.

De otro lado, aunque el acrónimo 'GLBT' (aludiendo a gays, lesbianas, bisexuales y personas transgénero) comienza a consolidarse, no está libre de tensiones. Agrupar a individuos

gays, lesbianas, bisexuales y transgenéricos en un conglomerado tan amplio es, sin duda, reunir a grupos que tal vez sólo comparten el estigma y la discriminación a raíz de la diferencia sexual (Dean et al., 2000). Incluso dentro de un mismo país, los miembros de tal conglomerado no sólo difieren entre subpoblaciones (es decir, gays de lesbianas y otros) sino que también en el interior de cada subpoblación se presentan importantes diferencias en antecedentes culturales, étnicos, de edad, educación, ingreso y lugar de residencia. Adicionalmente, sin llegar a compartir identidades individuales y comunitarias, un grupo significativo de personas comparten conductas sexuales u optan por representaciones de género que no son las hegemónicas en la sociedad heterosexual con polaridad genérica, y su contacto con los individuos con identidades GLBT es a veces puramente sexual (por ejemplo, muchos 'hombres que tienen sexo con hombres' sin tener identidad gay). Incluir a estos grupos en la definición de comunidades GLBT es siempre un dilema, aunque cuando se discuten cuestiones de salud pública se suele hacerlo, dado que comparten con dichas comunidades riesgos y consecuentes necesidades sanitarias.

Plantear una reflexión sobre salud y comunidades GLBT no es sencillo, pues hasta inicios de los años 90 la Organización Mundial de la Salud mantuvo a la homosexualidad dentro de su Código Internacional de Enfermedades.[1] La reversión de esta indexación había comenzado hacia inicios de los años 70, cuando la Asociación Psiquiátrica Americana la retiró de la tercera edición de su *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (APA, 1997), publicada en 1973, dejando en ella sólo a la 'homosexualidad egodistónica' u homosexualidad rechazada por el individuo.[2] Claramente, la patologización de la diferencia sexual por parte de la ciencia médica oficial dejaba fuera de cuestión cualquier consideración de necesidades de salud en las poblaciones sexualmente diferentes que no plantease, además, abordar el 'problema de fondo'.

De haberse mantenido esta postura del *establishment* médico, eso habría imposibilitado el planteamiento del derecho a la salud de la comunidad GLBT como un colectivo de individuos autónomos (presunción que implica salud mental), y también, por definición, el planteamiento de 'derechos sexuales' de las personas GLBT. Pero, aunque cambió, ello no revirtió de manera automática el conjunto de problemas que la situación previa había creado en relación con el acceso a la salud de las personas GLBT, relacionadas tanto al estigma y la discriminación por parte de los proveedores, como a la autoexclusión y ostracismo por parte de las mismas personas GLBT, y a la falta de conocimiento de los profesionales acerca de las necesidades de salud de éstas últimas y acerca de los abordajes que frente a cada una de ellas podían adoptarse.

Las dos últimas décadas han sido, sin duda, un período de muchos cambios culturales en relación con la sexualidad y el género, los cuales han influido en (y se han visto influidos por) el desarrollo de las agendas internacionales en relación con derechos reproductivos y sexuales,

[1] Aunque en 1985 Brasil optó por exceptuar la aceptación del ítem 302.0 de dicho código, que planteaba tal definición, a partir de la presión de grupos gay organizados (Terto, 2002).

[2] Ello no aplicaba, sin embargo, para las poblaciones transgenéricas.

de un lado, y derechos humanos, de otro lado. Las mismas nociones iniciales sobre identidades y comunidades gay y lésbicas fueron dando lugar a un consenso sobre la construcción social de la sexualidad, el papel político de la consolidación de identidades minoritarias y la diversidad de lo sexual, en parte recogida en el post-moderno discurso sobre lo *queer*.[3] De alguna manera todo lo anterior ha conducido a la producción, tanto desde el activismo como desde los medios, de la comunidad (o comunidades) GLBT, crecientemente aceptada como una minoría o conjunto de minorías específicas, por varios Estados.

Enfocando el Acceso a la Salud a Partir de la Diversidad

Cualquier intento por lograr una respuesta integral requiere de un entendimiento apropiado de la diversidad existente entre aquellos a quienes intentamos servir. En la mayor parte de sociedades, los miembros de las comunidades GLBT reflejan la diversidad de las personas en general.

Identidad sexual

Una dimensión fundamental de tal diversidad es, sin duda, la identidad sexual, y ésta, además, normalmente influye en la forma en que los individuos se aproximan a los servicios de salud (Guajardo, 2002; Manzelli & Pecheny 2002; Toro, 2002). La forma en que problemas de salud como el Sida han sido construidos socialmente como vinculados a la homosexualidad por lo general determinará una conciencia de riesgo incrementada particularmente en los hombres gay y bisexuales en relación con tales problemas.

La capacidad de discutir cuestiones personales en un servicio de salud es importante, y depende de la disponibilidad de servicios de confianza. En muchos casos, esto sólo está garantizado por servicios específicamente dirigidos a miembros de la comunidad GLBT, para cuya utilización una persona usualmente debe identificarse como miembro de la misma. Por otro lado, una persona identificada como GLBT en algunos casos estará dispuesta a presentarse de esa manera a proveedores de salud en servicios orientados a la población general, lo cual usualmente dependerá de factores como cuán pública es como GLBT (es decir, cuán 'fuera del *closet*'[4] está), y cuánta apertura y confidencialidad le ofrece el servicio. Contrariamente, las personas que no se identifican como miembros de minorías sexuales (por ejemplo, hombres bisexuales identificados como heterosexuales), o que permanecen casi totalmente en el *closet*, usualmente están menos dispuestas a hablar a profesionales de salud de servicios orientados a la población general sobre problemas que ellos ven como directamente relacionados con sus prácticas sexuales.

[3] Aunque su traducción del inglés llevaría a lo 'raro' en un sentido irónico, este término se utiliza en referencia a lo diverso, de una manera radical y posiblemente militante, en principio desde el punto de vista sexual, aunque extendiéndose a otros sentidos de ruptura con lo convencional.

[4] La metáfora de un *closet* (armario) en el que se está o del que se sale ha sido tradicionalmente usada para aludir a un mantenimiento o ruptura del secreto sobre la sexualidad alternativa. La expresión se usa de manera relativa, haciendo referencia a públicos específicos frente a los cuales uno 'está en el *closet*' o 'sale de él'.

Ahora bien, aunque muchos gays, lesbianas o bisexuales pueden no adscribirse a los patrones de conducta pública que el resto de las personas asocian con la diferencia sexual, es decir, 'pasan' como heterosexuales, y pueden o no optar por revelar su condición sexual, ciertamente ésta no es una posibilidad para todas las personas GLBT. Muchas de ellas suelen ser cotidianamente identificadas como sexualmente diferentes. Más aún, las personas transgenéricas suelen haber optado de manera más permanente por una identificación pública con el otro género, y mayormente serán percibidas como transgenéricas (travestis, transexuales, etc.).

Etnicidad

El grupo étnico es otro espacio de diversidad. Los 'latinos' en los Estados Unidos ofrecen un ejemplo ilustrativo: El origen nacional plantea importantes diferencias entre ellos, así como el momento de la historia de sus familias en el que se produjo la migración. Las razones para ésta también son diversas, pero resulta de particular interés la migración producida en búsqueda de libertad sexual (Carrillo, 2002). Otra cuestión aquí es el grado de asimilación a la cultura mayoritaria, relacionada de forma importante al nivel educativo y la clase social. La integración de las comunidades latinas a la sociedad mayoritaria, que asume formas específicas en cada ciudad, es un factor estructural de gran importancia. Cuando se habla de grupo étnico, debe recordarse que cada grupo específico puede tener también un modelo etnomédico propio (en el sentido de entendimientos idiosincráticos de algunas dimensiones de la salud y la enfermedad).

En algunas sociedades, la oscuridad de la piel es fuente de estigma, y la combinación de estigma étnico y sexual puede ser objeto de exclusión social categórica, disminuyendo aún más las opciones laborales y el acceso a servicios.

Clase social, educación y nivel de ingresos

La clase social y el nivel de ingresos también son importantes, en la medida en que se relacionan con el grado en que la 'salud' es un bien valorado y protegido. Otras cuestiones de importancia son las normas sociales en relación con la salud y la sexualidad, así como, en otro terreno, la modalidad de acceso a los servicios de salud (si alguna), e incluso la capacidad de la persona para comprender y seguir prescripciones terapéuticas.

Edad

No debemos dejar de considerar la edad, en la medida en que se relaciona con una atribución variable de valor a la búsqueda de atención, así como a niveles variables de dependencia económica, de acceso a atención de salud, y de experiencia de *coming out*;[5] igualmente, a patrones epidemiológicos específicos de cada edad y a una exposición a riesgos sexuales acumulada en el tiempo.

[5] Nuevamente, la expresión alude al '*closet*': Salir (del *closet*).

Más allá del Sida: Población Glbt y Necesidades de Salud Complejas

El VIH/Sida ha sido, sin duda, un crucial punto de partida para hacer visible a esta población y, paulatinamente, reconocer su legitimidad como objeto de esfuerzos programáticos orientados a promover y proteger la salud. Sin embargo, ya es tiempo de complejizar la mirada hacia la salud de las comunidades GLBT. Para comenzar, deben reconocerse las diferencias derivadas del hecho de que se trata de procesos inscriptos, al menos parcialmente, en el cuerpo, un cuerpo marcado por el género (categoría que, por lo demás, encierra también una diversidad que va más allá de la visión dual hegemónica).

Dean y colaboradores (2000) plantean una perspectiva interesante al listar los problemas más importantes de las comunidades GLBT en función de sus 'orígenes sociales'. Así:

- La 'conducta sexual' es origen de problemas como el VIH/Sida, las hepatitis A y B, la enteritis (por ejemplo, por giardia y ameba), otras ITS y el cáncer anal.
- Factores 'culturales' serían la base de los desórdenes alimenticios (debido al 'culto al cuerpo'); el uso de alcohol, tabaco y drogas; el cáncer de mama derivado de la nuliparidad femenina; los problemas de salud mental derivados de la nueva ansiedad en torno a la paternidad; y los conflictos especiales de las personas transgénericas (derivadas de la polaridad genérica hegemónica);
- La 'presión por definición de una orientación/identidad sexual y genérica' produciría depresión, ansiedad y suicidios; conflictos con la familia de origen; migración forzosa y desajustes económicos;
- El 'prejuicio y la discriminación' conducirían a visiones sesgadas de los proveedores, falta de sensibilidad, atención de baja calidad, discriminación laboral, habitacional y en el cuidado de niños; acceso limitado a atención y seguros de salud; la patologización de la diversidad de género, y los 'crímenes de odio';
- La "opción por 'permanecer en el *closet*'" conduciría a la automarginación en la búsqueda de atención preventiva, un retraso de la atención médica, o a una historia clínica incompleta o inexacta.

Cáncer

El cáncer de mama es el tema de salud más estudiado en las mujeres que tienen sexo con mujeres. Éstas parecen estar en mayor riesgo de desarrollar este problema debido a la mayor prevalencia de factores de riesgo como la obesidad, el uso de alcohol y la nuliparidad, y también debido a su menor frecuencia de exámenes de mama (Haynes, 1995). En general, debido a su menor frecuencia de atención ginecológica pueden estar en mayor riesgo de morbimortalidad por cáncer ginecológico (Dibble, Vanoni & Miaskowski, 1997).

Entre los varones, además de los linfomas (tanto Hodgkin como no-Hodgkin, ambos asociados a la infección por VIH), se ha encontrado un mayor riesgo de desarrollo de cáncer anal (asociado a virus papiloma humano y lesiones anales escamosas intraepiteliales (Beckman et

al., 1989). La combinación de estos linfomas y el cáncer anal explican un riesgo incrementado en un 60% para todos los cánceres en la población homosexual masculina (Koblin et al., 1996).

VIH/Sida

El VIH/Sida se ha constituido en una epidemia devastadora de las comunidades gay, bisexuales y transgenéricas masculinas en casi todo el mundo. En la mayor parte de ciudades grandes de Europa y América, la prevalencia de la infección por VIH en estas poblaciones supera el 5%, y en algunos casos llega al 30% (Unaids, 2002).[6] El 35% de los casos de Sida notificados en América Latina (Cáceres, 2002) y el 54% de los reportados en los Estados Unidos, corresponden a hombres que tienen sexo con otros hombres (CDC, 1999). La magnitud de la epidemia en la comunidad ha sido tan grande que inicialmente el Sida fue considerado una 'plaga gay' por el *establishment* médico y los medios; asimismo, dicho impacto, sentido al interior de las comunidades, motivó lo que fue visto como uno de los grandes cambios culturales resultantes de la epidemia: la adopción de prácticas sexuales 'seguras' por parte de fracciones significativas de los miembros de estas comunidades, cambio que incluso precedió a la difusión masiva de la noción de 'sexo seguro'.

El advenimiento de terapias antirretrovirales efectivas, ampliamente disponibles en países desarrollados desde 1996, puede haber determinado una mayor aceptabilidad de ciertos riesgos en comunidades GLBT de estos países, con una disminución de la prevalencia de prácticas sexuales seguras y un aparente repunte de la epidemia en algunos grupos. Estas tendencias han generado no pocas controversias, y en todo caso han llevado a la conclusión de que es crucial mantener esfuerzos consistentes para prevenir nuevas infecciones, ahora en un contexto cultural en el que la infección ya no significa muerte.

Adicionalmente, el acceso a estas terapias por parte de muchas personas en ciertos países ha generado nuevos dilemas y retos: de un lado, la lucha por conseguir similar acceso en países en los cuales estos tratamientos no son cubiertos por los sistemas de salud y seguridad social, y, debido a su alto costo, son aún privativos de quienes tienen recursos económicos; de otro lado, el enfrentamiento de nuevas patologías resultantes de los efectos secundarios del tratamiento (por ejemplo, la lipodistrofia y las enfermedades cardiovasculares) así como de los problemas de adherencia al tratamiento, la cual se relaciona no sólo a la efectividad individual del mismo, sino también al posible desarrollo de resistencia a drogas, la cual tiene implicancias de salud pública.

---

[6] Independientemente de que en algunos países, como Sudáfrica, por ejemplo, la prevalencia en poblaciones heterosexuales sea también muy alta. En Europa, las Américas y buena parte de Asia, sin embargo, la epidemia en población heterosexual es incipiente.

Otras infecciones de transmisión sexual – ITS

Las infecciones de transmisión sexual son más frecuentes en los hombres que tienen sexo con hombres (Council of Scientific Affairs, 1996). Aunque las tasas de estas ITS mostraron reducciones paralelas a las de la infección por VIH (y la adopción de prácticas protegidas), existen dados recientes de repuntes en la incidencia de gonorrea rectal y de sífilis en HSH (CDC, 1999), también paralelos a un repunte en la prevalencia del sexo anal no protegido.

Entre las mujeres que sólo tienen sexo con mujeres, las ITS son menos prevalentes que en mujeres heterosexuales o bisexuales, aunque entre ellas puede haber transmisión de virus papiloma humano, candidiasis, tricomoniasis y otras (Degen & Waitkevicz, 1982).

Salud mental e integración social

Tratando de completar esta visión con ejemplos de problemas de salud mental y social comunes, la depresión, la ansiedad y el suicidio (Dean et al., 2000); los desórdenes de la alimentación (anorexia y bulimia) (Silberstein et al., 1989); los 'crímenes de odio' o violencia homofóbica, la violencia sexual y la coerción sexual (Bradford, Ryan & Rothblum, 1994; Bradford & Ryan, 1988), así como la dependencia al alcohol, el tabaco y las drogas recreativas (Bloomfield 1993; Skinner & Otis, 1996), éstos son comunes en la sociedad en general pero más prevalentes en ciertos grupos de personas GLBT, en relación con la exclusión social, lo que en este caso adquiere la forma de estigma y discriminación, o más precisamente, de homofobia. También son prevalentes los problemas relativos a la vida emocional, incluyendo las relaciones con los compañeros y compañeras, así como cuestiones de parentalidad, y lo que se experimenta como 'disfunciones sexuales'.

Las personas transgenéricas, sin embargo, atraviesan situaciones especialmente difíciles. El estigma sobre ellas es particularmente opresivo, y resulta más limitante para la integración laboral y social. Para comenzar, la discriminación médica aún no ha sido eliminada, en tanto el llamado 'desorden de identidad de género'[7] es todavía un diagnóstico en el DSM-IV (APA, 1994). Aunque los autores del DSM-IV, sensibles a la crítica del diagnóstico como medio de control social, requieren que exista *distress* clínico significativo, o discapacidad en la función social, ocupacional u otras importantes para realizar el diagnóstico, dicho requisito es suficientemente vago como para dar amplio lugar a la interpretación subjetiva (Dean et al., 2000). Además de esta situación –que implica la persistencia de una base disciplinaria para el estigma– sufren problemas múltiples, derivados de la discriminación familiar y laboral. En muchos países de América Latina, en parte debido a su mayor exclusión social, menor acceso a servicios, y a la discriminación ocupacional que los impulsa a dedicarse al trabajo sexual clandestino, las personas transgenéricas originalmente de sexo masculino muestran prevalencias

[7] Fuerte y persistente identificación transgenérica, que es el deseo de ser, o la insistencia en ser, del otro sexo; además, persistente incomodidad frente al sexo asignado, o un sentido de inadecuación en el papel genérico de dicho sexo (APA, 1994).

de infecciones de transmisión sexual que llegan a duplicar las prevalencias de la población de HSH en su conjunto (Cáceres, 2002).

Estigma, Discriminación y las Restricciones del Acceso a los Servicios

El estigma como marca social genera discriminación, es decir, limitaciones en el ejercicio de los derechos civiles; en otras palabras, configura exclusión social (Toro, 2002). Como el estigma asociado a la diferencia sexual no es homogéneo (es decir, puede ser más o menos intenso según la presencia de factores 'atenuantes' o 'gravantes' en las personas discriminadas, así como según las características de quienes discriminan), produce también distintos grados y formas de discriminación en el ejercicio de derechos, incluyendo el acceso a servicios. El estigma asociado a la homosexualidad y la ambivalencia de género, asociado a un rechazo de patrones sexuales y de género heterodoxos, se ha potenciado con el estigma asociado al Sida y las ITS, asociado al temor a la degeneración y la muerte.

Las restricciones en el acceso a servicios tienen varias dimensiones, desde las más manifiestas hasta las veladas. En el primer caso se cuentan situaciones en las que personas GLBT pueden ser rechazadas abiertamente en un servicio, con el mensaje de que éste no está destinado a ellas; puede ocurrir también que el servicio sea brindado en el marco de un maltrato manifiesto. Puede darse también la situación de que, aun cuando sean recibidos y aparentemente haya una actitud receptiva, ésta se dé bajo la suposición de que se está realizando un acto de caridad generosa, y no cumpliéndose con un deber profesional frente a personas que ejercen el derecho a la salud. Independientemente de lo anterior, la calidad de los servicios prestados puede ser pobre a partir de un desconocimiento de situaciones más frecuentes en personas con estilos de vida GLBT (por ejemplo, consultas acerca de coito anal, o consultas de personas transgenéricas).

La homofobia internalizada suele contribuir a esto: muchas personas renuncian a una atención de calidad por temor a ser rechazadas o por considerar que su problema eventual resulta de sus propias acciones. Así, pueden dejar de ir a un servicio o dan información incompleta o falsa, lo que dificulta su atención.

Existen factores agregados a los aquí mencionados, como, por ejemplo, los que afectan a muchos hombres que tienen sexo con hombres, que comparten con los demás varones muchos aspectos de la socialización hegemónica dependientes del género (Toro, 2002). Tanto la literatura sociológica como la de salud reproductiva reconocen que las ideologías de la masculinidad hegemónica imponen obligaciones sobre los hombres para ganar reconocimiento social como 'varones'. Estas incluyen la asunción de riesgos físicos, el ser fuerte, el soportar el dolor y el ser sexualmente agresivo. Todos tienen impactos potenciales en la salud de los varones, incluyendo el riesgo de ITS. La idea de que la plenitud juvenil no es compatible con la enfer-

medad contribuye a distanciar a los varones, particularmente a los menores, de los espacios de atención de salud. En parte en razón de esto, los servicios orientados a varones muestran niveles de calidad limitados.

Aunque la existencia de servicios segregados, usualmente ofrecidos por organizaciones de servicios GLBT, es una solución para algunos, es posible que la solución más apropiada sea la integración de una perspectiva de diversidad sexual y de género en los servicios de salud, que asuma la posibilidad de clientes con diversas necesidades y les brinde una atmósfera de confianza que asegure la veracidad de la información proporcionada en la consulta. Ello ha de implicar transformaciones en el entrenamiento de los profesionales de salud y en el diseño de los servicios, lo cual demandará tiempo y compromiso político.

Enfocando la Salud Integral de las Comunidades Glbt en un Marco de Derechos Humanos

¿Cómo podemos plantear el camino hacia una atención de salud integral para las comunidades GLBT?

Primero debemos asumir lo recomendado en las recientes recomendaciones de los organismos de Naciones Unidas para adoptar un enfoque de la salud basado en derechos. Según los tratados internacionales (entre otros, la Declaración Universal de Derechos Humanos,[8] la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Castigos Crueles, Inhumanos o Degradantes,[9] el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos,[10] el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales,[11] la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer,[12] y la Convención sobre los Derechos del Niño),[13] todas las personas tienen los mismos derechos, y deben ser protegidas de la discriminación en el ejercicio de tales derechos. Según Maluwa (2002),

> En el contexto del VIH/Sida, la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas resolvió que '... la discriminación basada en el estatus de seropositivo al VIH o de Sida, real o presunto, está prohibida por la normativa internacional de derechos humanos existente, y

[8] Adoptada por la Asamblea General el 10 de diciembre de 1948 mediante la Resolución 217 A (III).

[9] Adoptada por la Asamblea General el 10 de diciembre de 1984 mediante la Resolución 39/46 de diciembre de 1984. Entró en vigencia el 26 de junio de 1987.

[10] Adoptado por la Asamblea General mediante la Resolución de la A.G. 2200 (XXI), UN GAOR, 21st session, Supplement n. 16, UN Doc. A/6316 (1966). Entró en vigencia el 23 de marzo de 1976.

[11] Adoptado por la Asamblea General el 16 de diciembre de 1966 mediante Res. A. G. 2200 (XXI); UN GAOR , 21st Session, Supplement n. 16 at 49, UN Doc. A/6316 (1966).

[12] Adoptada por la Asamblea General mediante la Resolución A. G. 34/180 del 18 de diciembre de 1979. Entró en vigencia el 3 de septiembre de 1981

[13] Adoptada por la Asamblea General mediante res. AG 4/25 del 20 de noviembre de 1989. Entró en vigencia el 2 de septiembre de 1990.

> que el término u otro estatus en las cláusulas de no-discriminación de los instrumentos internacionales de derechos humanos deben interpretarse como comprendiendo a la condición de salud, incluida la situación respecto del VIH/Sida'.[14]

Maluwa va más allá, al plantear cómo la discriminación contra los hombres que tienen sexo con hombres incrementa su vulnerabilidad a la infección por VIH y a la experiencia de medidas coercitivas y abusivas; y también incrementa la del resto de la población, pues los más afectados evitan deliberadamente los servicios de consejería preventiva, diagnóstico y tratamiento.

En segundo lugar, es preciso mejorar la información disponible para la planificación. En el caso de la infección por VIH (extensible a otros problemas de salud), se habla de esto como vigilancia de segunda –o incluso de tercera y cuarta– generación. La vigilancia de segunda generación se refiere al monitoreo de los niveles de riesgo comportamental en una comunidad; la de tercera generación correspondería al registro de las respuestas sociales a la epidemia, y la vigilancia de cuarta generación consistiría en el monitoreo de la situación del clima político y la situación de derechos humanos en cuanto al VIH/Sida. Para el resto de problemas de salud, sin embargo, es necesario construir todo un marco de investigación de la epidemiología y la sociología de la salud de las comunidades GLBT para la construcción de una acción programática orientada a ellas.

En tercer lugar, deberíamos adaptar nuestras opciones al contexto local de diversidad de los sistemas de atención, en términos de proveedores y fuentes financieras, y revisar viejas estrategias orientadas a la integralidad. Por ejemplo, el concepto de 'minimización de oportunidades perdidas' desarrollado en Salud Materno-Infantil en el sentido de ofrecer atención integral a individuos que se acercan por servicios específicos, es especialmente útil para planear la captación de personas GLBT que se acercan por servicios orientados a ITS o VIH para el ofrecimiento de otros servicios preventivos, tales como vacunas contra la hepatitis, otros exámenes de ITS, o la investigación de la presencia de otros problemas. En este sentido, la Gay and Lesbian Medical Association (GLMA, 2002a) sugiere que los hombres gay y otros HSH deberían discutir, como mínimo, los siguientes diez temas con sus proveedores: VIH/Sida/sexo seguro; uso de sustancias, ansiedad/depresión, inmunización contra la hepatitis, ITS, neoplasis de próstata, testículo y colon, alcohol, tabaco, dieta/ejercicios y papiloma anal. Asimismo, las lesbianas y otras mujeres que tienen sexo con mujeres deberían discutir con sus proveedores, como mínimo: cáncer de mama; ansiedad/depresión; cáncer ginecológico; dieta/ejercicio; uso de sustancias; tabaco; alcohol; violencia doméstica; osteoporosis; y salud cardiovascular (GLMA, 2002b).

Finalmente, en la medida en que muchos miembros de las comunidades GLBT están integrados en otras comunidades (por ejemplo, jóvenes), al planear servicios para éstas

[14] Resoluciones de la Comisión de Derechos Humanos 1995/44; 1996/43, 1999/49; 2001/51 y Resolución de la Sub-Comisión 1995/21.

debemos sistemáticamente pensar en las necesidades de los integrantes GLBT de dichas comunidades, independientemente de que los usuarios y usuarias revelen sus preferencias o identidades sexuales.

Opciones para personas con identidad GLBT

Como opciones específicas para personas identificadas como GLBT, ciertas instituciones de salud tienen la capacidad de desarrollar programas de atención que enfocan aspectos físicos, mentales y sociales de la salud (incluyendo la homofobia, por ejemplo). Estos servicios pueden ser ofrecidos a los hombres que acuden por servicios específicos. Para ello, una aproximación multidisciplinaria sostenida por una red de referencia y contrarreferencia, así como por una buena planificación, sería esencial.

El entrenamiento del personal de salud sería clave en este caso, no sólo para desarrollar capacidades técnicas sino también para incorporar nuevas normas sobre salud, incluyendo la tolerancia y el respeto. Los puntos de entrada a este sistema pueden incluir tanto servicios especializados en poblaciones GLBT como servicios orientados al público en general. Una implicancia última de la existencia de tales programas, de modos integrados o más específicos, sería la toma de conciencia, por parte tanto de los clientes como de los proveedores, de que el acceso a la salud es un derecho, una forma en que su condición de ciudadanos es ejercida.

Opciones para personas no identificadas como GLBT

Las personas que no se identifican –o prefieren no identificarse– como GLBT, por lo menos con algún grado de apertura, tienen obviamente necesidades adicionales, y desafortunadamente se conoce poco sobre las formas más apropiadas para llegar a ellos en los servicios de salud generales. Claramente es importante desarrollar más investigación para identificar estrategias que permitan maximizar las oportunidades de visualizar las sexualidades alternativas en varios contextos clínicos, de modo de facilitar una relación más transparente y útil entre proveedores y clientes.

Puede preverse que el entrenamiento de proveedores de servicios de salud para comunicarse mejor con estas personas y ofrecerles una atmósfera de confianza que les permita hablar sobre sus vidas es crucial, y que es necesario desarrollar habilidades tanto técnicas como sociales. Los procedimientos de referencia y contrarreferencia, así como varios tipos de sistemas de apoyo, serían necesarios. Finalmente, una perspectiva de derechos es también fundamental tanto para personas identificadas como para personas no identificadas como miembros de comunidades sexuales alternativas, y ésta debe involucrar tanto la dimensión de derechos sexuales como la de salud como derecho humano. Ambas serán fundamentales, tarde o temprano, para el desarrollo de una conciencia pública donde la salud y el bienestar integrales sean una meta para todos.

Conclusión

Luego de toda una historia de exclusión en las definiciones de normalidad sanitaria, se abre para las comunidades gays, lésbicas, bisexuales y transgenéricas la posibilidad de pensar en la salud como un derecho ciudadano. Aunque la diversidad intrínseca de estas comunidades es un reto para el diseño de una respuesta adecuada, resulta fundamental comprender mejor las experiencias de salud y enfermedad más comunes en ellas. Es también crucial abordar y comprender las actuales limitaciones en el acceso, y utilizar una perspectiva de derechos humanos y de integralidad, que permitan luego la aplicación creativa de estrategias para un progresivo, pero definido, aumento del acceso de estas comunidades históricamente excluidas a la protección de la salud por parte del Estado.

Referencias Bibliográficas

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4.ed. (DSM - IV). Washington, D.C.: American Psychological Association, 1994.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association Press, 1997.

BECKMAN, A. M. et al. Human papillomavirus infection and anal cancer. *International Journal of Câncer,* 43:1.042-1.049,1989.

BLOOMFIELD, K. A. A comparison of alcohol consumption between lesbians and heterosexual women in an urban population. *Drug and Alcohol Dependence*, 33:257-269, 1993.

BRADFORD J. & RYAN, C. *The National Lesbian Health Care Survey*. Washington, D.C.: National Lesbian and Gay Health Foundation, 1988.

BRADFORD J.; RYAN, C. & ROTHBLUM, E. D. The National Lesbian Health Care Survey: implications for mental health care. *Consulting and Clinical Psychology,* 52(2):228-242, 1994.

CÁCERES, C. La epidemiología de la infección por VIH/Sida entre los hombres que tienen sexo con hombres en América Latina y el Caribe: situación actual y recomendaciones para la vigilancia epidemiológica. In: CÁCERES, C.; PECHENY, M. & TERTO, V. (Eds.) *Sida y Sexo entre Hombres en América Latina: vulnerabilidades, fortalezas y propuestas para la acción.* Lima: UPCH/Onusida, 2002.

CARRILLO, H. *The Night is Young: sexuality in México in the time of Aids*. Chicago: University of Chicago Press, 2002.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2). *HIV/AIDS Surveillance Report.* Atlanta, GA*:* Midyear Edition, 1999.

COUNCIL ON SCIENTIFIC AFFAIRS, AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. Health care needs of gay men and lesbians in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 275(17):1.354-1.359, 1996.

DEAN, L. et al. *Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Health: findings and Concerns*. Conference Edition (january 2000). http://www.glma.org/policy/whitepaper/hpwp.html

DEGEN, K. & WAITKEVICZ, H. J. Lesbian health issues. *British Journal of Sexual Medicine*, 32:40-47, may 1982.

DIBBLE, S. L.; VANONI, J. M. & MIASKOWSKI, C. Women's attitudes toward breast cancer screening procedures: differences by ethnicity. *Womens Health Issues*, 7(1):47-54, 1997.

GAY AND LESBIAN MEDICAL ASSOCIATION - GLMA. *Ten things gay men should discuss with their health providers*. The Gay and Lesbian Medical Association. 17 July 2002a.

http://www.glma.org/news/releases/n02071710gaythings.html

GAY AND LESBIAN MEDICAL ASSOCIATION - GLMA. *Ten things lesbians should discuss with their health care providers.* The Gay and Lesbian Medical Association. 17 July 2002b.

http://www.glma.org/news/releases/n02071710lesbianthings.html

GUAJARDO, G. Contexto sociocultural del sexo entre varones. In: CÁCERES, C.; PECHENY, M. & TERTO, V. (Eds.) *Sida y Sexo entre Hombres en América Latina: vulnerabilidades, fortalezas y propuestas para la acción.* Lima: UPCH/Onusida, 2002.

HAYNES, S. Breast cancer risk: comparisons of lesbians and heterosexual women. In: BOWEN, D. J. *Cancer and Cancer Risks Among Lesbians*. Seattle: Fred Hutchinson Cancer Research Center Community Liaison Program, 1995.

KOBLIN, B. A. Increased incidence of cancer among homosexual men, New York City and San Francisco, 1978-1990. *American Journal of Epidemiology*, 144:916-923, 1996

MALUWA, M. A Rights-based framework for preventing the transmission of HIV among men who have sex with men. Document presented at an United Nations Inter-Agency Meeting on Working with Men who Have Sex with Men for HIV/Aids Prevention and Care, Geneva, Unaids, 2002.

MANZELLI, H. & PECHENY, M. La prevención del VIH/Sida entre los hombres que tienen sexo con hombres. In: CÁCERES, C.; PECHENY, M. & TERTO, V. (Eds.) *Sida y Sexo entre Hombres en América Latina: vulnerabilidades, fortalezas y propuestas para la acción.* Lima: UPCH/Onusida, 2002.

SILBERSTEIN, L. R. et al. Men and their bodies: a comparison of homosexual and heterosexual men. *Psychosomatic Medicine*, 51:337-346, 1989.

SKINNER, W. F. & OTIS, M. D. Drug and alcohol use among lesbian and gay people in a Southern U.S. sample: epidemiological, comparative, and methodological findings from the Trilogy Project. *Journal of Homosexuality*, 30(3):59-92, 1996.

TERTO, V. Conclusiones: la salud de los hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres. Retos para la tercera década de la epidemia de VIH/Sida. In: CÁCERES, C.; PECHENY, M. & TERTO, V. (Eds.) *Sida y Sexo entre Hombres en América Latina: vulnerabilidades, fortalezas y propuestas para la acción.* Lima: UPCH/Onusida, 2002.

TORO, J. *La vulnerabilidad de los hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres a la epidemia de VIH/Sida en América Latina: el otro lado de la masculinidad.* In: CÁCERES, C.; PECHENY, M. & TERTO, V. (Eds.) *Sida y Sexo entre Hombres en América Latina: vulnerabilidades, fortalezas y propuestas para la acción.* Lima: UPCH/Onusida, 2002.

UNAIDS. *Report on the Global HIV/Aids Epidemic*. Geneva: Unaids, 2002.

23. LOS DISCURSOS DE LA EDUCACIÓN Y PARTICIPACIÓN EN SALUD:

DE LA EVANGELIZACIÓN SANITARIA AL EMPODERAMIENTO

Benno de Keijzer

Este texto pretende hacer un balance crítico del los discursos y las prácticas de la educación, y la participación en salud en el contexto latinoamericano, recuperando las disonancias y contradicciones frecuentes entre los objetivos, los contenidos, la metodología y la participación real de la población presuntamente beneficiada. Se pretende, ante todo, mostrar ciertos vacíos en la articulación con los distintos sectores de la población, vacíos que frecuentemente tienen que ver con una visión limitada tanto de su realidad sociocultural como de las formas en que estos sectores se posicionan ante el proceso salud-enfermedad-atención.

UN POCO DE HISTORIA

Aníbal Ponce (1975) plantea que, después de cada conquista de una sociedad por los ejércitos, la colonización y la nueva hegemonía son luego consolidadas por los maestros y los médicos. En el caso de América Latina, gran parte del crédito va también para la Iglesia. El sector Salud históricamente ha asumido la tarea de 'educar' a la población generalmente desde una perspectiva medicalizada y biologicista, bien intencionada en términos de prevenir enfermedades pero contaminada de mensajes y de una metodología que contribuye también al mantenimiento de la subordinación.

Veamos el ejemplo del *Mensajero de la Salud* en la década del 20, en las postrimerías de la Revolución Mexicana, cuando el general Obregón gobernaba México. Es la época donde la teoría microbiana viene en franco ascenso (habiendo derrotado a una perspectiva más social), por lo que esta revista toma como eje central el hecho de comunicar la 'buena nueva' de la higiene a una población empobrecida y con escasa educación formal. Uno de los ejemplos más claros de esta 'evangelización sanitaria' lo encontramos en *Las Posadas del Mensajero de la Salud* (Departamento de Salubridad Pública, 1922) generado por su Servicio de Propaganda y Educación Higiénicas:

POSADAS DEL MENSAJERO DE LA SALUD[1]

LOS PEREGRINOS:
En nombre del cielo
Pedimos posada,
Estamos enfermos
Y la senda es larga...

LA SALUD:
Ya se pueden ir
Y no molestar,
Pues sólo por sucios
Enfermos están....

EL PEREGRINO:
Aparte de enfermos,
Con hambre llegamos,
Yo soy un obrero
Que está sin trabajo...

LASALUD:
Vicioso habéis sido
cargad vuestra cruz...
Los vicios se llevan
dinero y salud!

LOS PEREGRINOS:
Posada os pedimos
porque ya queremos
¡oh, amada casera!
ser limpios y buenos

LA SALUD:
Pues si eso es verdad,
entrad peregrinos,
yo os tendré muy bien:
siendo buenos, limpios..

LOS PEREGRINOS:
¡Oh Bendita HIGIENE!
¡Oh, SALUD bendita!
tendremos trabajo,
Bienestar y... Dicha!

LA SALUD:
Entren pobres peregrinos,
los recibo con amor
Mas siempre me han de tener
como el más precioso don.

LOS PEREGRINOS:
(llenos de goce):
¡Esta noche es de alegría!
de gusto y de regocijo,
porque ya vamos a ser en
Todo buenos y limpios!...

La imagen que acompaña a los versos es un dibujo que muestra a una mujer y un hombre viejos, cansados y harapientos que se encuentran frente a una elegante y blanca casa cuya puerta (cerrada) se encuentra encabezada por una palabra: 'higiene'. Detrás de la puerta, con la mano extendida hacia el picaporte, se encuentra una bella y altiva mujer con una túnica blanca donde reposa la palabra 'salud'.

El mensaje y el objetivo explícito de prevenir enfermedades 'por falta de higiene' es más que claro e importante en una época en la que los procesos infectocontagiosos predominan como causa de morbimortalidad. Es interesante que para ello se adapten las tradicionales

[1] Agradezco a Paul Hersch el compartir este hallazgo entre las posesiones de su finado abuelo.

'posadas' mexicanas buscando transmitir el 'mensaje de salud'.[2] Sin embargo, el medio contiene también un mensaje implícito poderoso que refuerza la subordinación de los 'peregrinos' y oculta las causas sociales, culturales y económicas de la bondad, la pobreza, el alcoholismo y la falta de trabajo. Este ocultamiento, junto con la (falsa) promesa de la felicidad y la salud al traspasar el quicio de la higiene sólo contribuye a reforzar la inferiorización y subordinación de las clases populares.

Esto que analizamos en México está descrito magistralmente para procesos más tempranos en Francia por Luc Boltanski. Este autor analiza el papel de la medicina, la escuela y la puericultura en una época de gran efervescencia social durante la industrialización europea, con grandes masas poblacionales que dejan el campo e invaden las ciudades, con mujeres, hombres y niños trabajando largas jornadas en las fábricas, sin regulación alguna y viviendo en condiciones sanitarias que claramente sobrepasan a las autoridades. Es la puericultura, a través de los maestros y médicos, la disciplina llamada a prevenir situaciones de ruptura social educando a las madres en torno a la forma en que deben organizar y educar, a su vez, a su familia (Boltanski, 1974).

Al igual que en Francia, los servicios de salud en América Latina, junto con los nacientes programas de control natal (posteriormente de planificación familiar), jugaron un papel semejante en la llamada 'explosión demográfica' de los años 60 y 70, donde la masiva migración del campo a la ciudad y el aumento de la población en condiciones de trabajo y vida alarmantes amenazaban con romper el orden social (ahora conocido como 'gobernabilidad'). Actualmente son los jóvenes y algunas minorías emergentes (como las étnicas) las que son objeto de semejantes programas de educación con claros tintes de control social.

Bueno, pero esto ya es historia... ¿o será? Hace pocos años recuperé por segunda vez el rotafolio de *Mariquita Cochinita* del basurero de una asociación civil. El material 'educativo' iba a parar al basurero por iniciativa de la coordinadora del centro de documentación, que lo aborrecía. Yo lo recuperé como ejemplo perfecto de la permanencia de una mirada hegemónica disfrazada de metodología participativa. Dicho material carece de créditos, pero circulaba como instrumento 'eficaz' para prevenir diarreas y parasitosis en una amplia red civil de salud en Guatemala. Veamos el texto:

Con el apoyo de caricaturas bastante denigrantes, el rotafolio relata la historia de "Mariquita Cochinita que era amiga de la suciedad. No le hacía caso a su mamá, no usaba zapatos, hacía del baño en el patio, no se lavaba las manos antes de comer. Hasta que un día

[2] El origen de las posadas también tiene que ver con la construcción de la hegemonía, en este caso, de la Iglesia durante la Colonia. Los frailes más perceptivos se daban cuenta de que no lograban convertir a los indígenas a punta de misas en latín, dando origen a formas más lúdicas y participativas de comunicar su mensaje. Entre ellas están las posadas (una representación participativa en la que un grupo se asume como los peregrinos que acompañan a José y María en la búsqueda de una posada para que nazca el niño Jesús) y las pastorelas (representaciones teatrales al aire libre en donde el bien y el mal se enfrentan, simbolizados por ángeles y diablos que luchan por ganar la conciencia de sencillos/as campesinos/as.

un parásito llamado Valentín enfermó a Mariquita de diarrea, con cólicos fuertes y calentura". Obviamente, el médico llega al rescate y le receta una suspensión. Luego la enfermera le da consejos de higiene a Mariquita, con lo cual ella cambia su forma de vida y es sana y 'feliz'.

De nuevo, es indudable la sana intención de promover la salud a través de la higiene – nada que argumentar al respecto. Pero, nuevamente también, el medio refuerza la responsabilidad individual (como máximo, familiar) de la enfermedad y el efecto 'salvador' de la institución médica, ocultando las raíces socioeconómicas de la enfermedad. No se problematiza la falta de acceso a servicios de la familia o las condiciones de trabajo de los padres. Sólo resalta, como en las Posadas del Mensajero, el discurso de la conversión: la transición de la ignorancia-enfermedad al conocimiento-autocuidado-higiene-salud y, ¿por qué no?... la felicidad. En términos más modernos, queda claro que Mariquita solo requería modificar su 'estilo de vida'.

Esto, que puede sonar a diatriba contra la educación en salud, busca más bien abrir la reflexión hacia la necesidad de otras formas de enfocarla. ¿Podemos comunicar mensajes de higiene, nutrición o educación sexual sin desempoderar a la gente y sin convertir en culpable a la víctima? Hacer educación en salud en un sentido que también empodere a los sujetos sociales, que recupere y valore su cultura a la vez que buscamos mejorar su salud. Definitivamente sí se puede, y veremos algunos ejemplos interesantes.

En el contexto mexicano, cuando una concepción más participativa de la metodología educativa y una visión más social y menos conductista de los problemas avanzaba con mucho esfuerzo y lentitud, surgió una oleada conservadora que amenaza con volver a pedagogías basadas en el control y la manipulación.

Partiendo de Supuestos Falsos

El trabajo de educación, promoción y participación en salud se encuentra plagado de supuestos falsos que con frecuencia terminan entrampando las buenas intenciones de quienes lo promueven. En la formación de profesionales de salud y de psicología, la reflexión teórica y práctica en torno a la dinámica comunitaria, y lo que implica salir a 'educar y *hacer* participar' a diversos sectores de la población suele ser muy superficial. En la formación médica, lo que aparece como complejo y relevante son las ciencias básicas y las especialidades. El realizar tareas de educación en salud se considera algo simple: organizar una charla, a veces apoyados en algún rotafolio en la que se expone y, quizás, luego se responde a preguntas (si la 'comunidad' se anima a hacerlas). No se establece un diálogo real y por ende, el acto educativo suele ser un acto ritual que termina alimentando metas y estadísticas institucionales.

Empecemos por el principio: el concepto 'comunidad'. El término comunidad ha tomado sentidos muy diversos y, por ende, va perdiendo poder descriptivo o explicativo (da Gran-

da).[3] En algunos casos, en vez de ayudar, vuelve invisibles aspectos importantes. Uno de los grandes ocultamientos que se da en la generalización de la 'comunidad' es el de la condición y necesidades específicas de las mujeres (Guijt & Kaul, 1998) Es un concepto que nos precondiciona sobre lo que 'debe' ser la comunidad, ya que al oír hablar de *comun*idad tendemos a pensar en un conjunto de individuos que viven en una misma área geográfica y ecológica, con una cultura, necesidades e intereses comunes.

No es el caso: en la mayoría de las poblaciones podemos encontrar más elementos 'diferentes' que comunes e incluso muchos intereses 'contradictorios'. En ciertos momentos o problemas población puede converger, pero en muchos otros es la divergencia lo que permeabiliza la dinámica interna. Jugando con la palabra suelo plantear que, más que *comun*idades, debemos esperar encontrarnos con *divers*idades o hasta *contra*riedades, cuando la contradicción es la que marca las formas de organización y movilización. Esto lo refrendan muchísimos trabajadores de salud en la comunidad quienes se encuentran poblaciones divididas por problemas que tienen que ver con la religión, partidos políticos, conflictos por tierras o la posesión del agua, etc. A veces, hasta para una campaña de salud pública hay que visitar a los distintos grupos o sectores buscando el acuerdo básico para desarrollarla.

Podemos convenir en que existe al menos un área geográfica-ecológica común, pero ésta es vivida por los integrantes de manera diferente, por ejemplo, cuando a los que viven en los márgenes les llega el drenaje de la zona central. Es mejor no ver a la comunidad como un conjunto de individuos, sino como un conjunto de redes de sociabilidad (y de poder) donde se articulan los intereses comunes con los intereses distintos y contradictorios. Esto permite concebir a una población como un conjunto dinámico y no como algo estático.

Este cuestionamiento al concepto de comunidad nos traslada al de 'redes sociales', que nos abre la perspectiva hacia las fuerzas que se mueven en una población dada. La hegemonía no se ejerce sobre los individuos separados sino a través de instituciones y de las redes sociales a las que pertenece el individuo –redes en las que aparecen también formas de resistencia y donde se recrea la cultura popular. Estas redes sociales tienen distintas funciones (Rodríguez Brandao, 1982; Bottinelli, 1994): 1) conducen la ideología, en ellas se constituyen los *habitus* y las distintas prácticas; 2) crean identidades; 3) son depositarias de la memoria histórica; 4) son las instancias donde se decide participar o resistir los programas; 5) también tienen funciones de control social, así como de inclusión y exclusión.

En la mayoría de nuestras sociedades encontramos como 'redes primarias' a la familia y las redes organizadas en torno al trabajo y la vecindad. Las 'redes secundarias' suelen conformarse en torno a la iglesia, la escuela, la salud (de practicantes y pacientes), la política o el deporte. Para un sujeto, algunas redes pueden pasar de secundarias a primarias y viceversa,

[3] Se abusa del término incluso para hablar de la 'comunidad científica', la 'comunidad internacional' o la universitaria, todas ellas atravesadas por todo tipo de conflictos.

como cuando se convierte a otra religión o se ingresa a un grupo de AA, lo cual plantea un proceso muy dinámico.

Una red social es analizable en diferentes aspectos: su extensión, su forma de organización (centralizada o descentralizada), las funciones que juega, sus contradicciones y sus fines explícitos e implícitos. Se ha observado que hay más oportunidad de sobrevivencia dependiendo de la pertenencia o no a redes sociales de apoyo. Esta perspectiva se está aplicando fructíferamente en el campo de la salud mental (Bottinelli, 1994) y en estudios de salud pública (Bronfman, 2000) para analizar procesos de mortalidad o sobrevivencia infantil.

Las redes son las formas primarias de organización siempre presentes, que responden o resisten, o simplemente ignoran las acciones que vienen desde los agentes de salud, educación y desarrollo. En muchos proyectos que promueven la participación no existe un claro planteamiento organizativo basado en las formas de organización ya presentes a nivel local. El 'referente organizativo' en los programas que pretenden impulsar la participación es prácticamente nulo y, cuando mucho, queda reducido al nivel local de los Comités de Salud. No han funcionado adecuadamente los esfuerzos de representatividad que, a veces, se han planteado a nivel municipal. A nivel estatal o nacional ni siquiera se conciben estructuras participativas. Esto refleja un temor a una participación real y organizada.

> La procedencia exógena de las iniciativas de organización de la comunidad... impide que la organización comunitaria se asiente sobre bases duraderas, y ello se debe en gran parte a que las iniciativas de 'organización de la comunidad' generalmente parten de asumir a la comunidad como una tabula rasa, amorfa y sin estructura, haciendo caso omiso de las organizaciones comunitarias espontáneas, formales o informales, o lo que es más grave, eliminándolas.
>
> Hay que acotar también la conspicua falta de evaluación real de la organización comunitaria espontánea, lo cual provoca que se reitere el uso de procedimientos –como la organización exógena y fugaz de la comunidad que ya han probado su insuficiencia–, o bien que se les use deliberadamente con fines de imagen pública sin una expectativa real de efectos evaluables. (Álvarez Manilla, 1996)

Entre el personal de salud sigue siendo común la queja de que encuentra "apatía" o desorganización en la comunidad porque ésta no responde a sus programas. Desde una mirada antropológica, Rodríguez Brandao nos invita a reevaluar esta percepción. Con frecuencia, esta apatía es precisamente un reflejo de la resistencia de la población a los programas o a la forma de implementarlos. Precisamente porque 'están organizados' (en redes sociales, como mínimo) es que pueden dar esta respuesta de rechazo. En muchos otros casos, su 'participación' se reduce a la utilización o aprovechamiento pragmático de lo que el programa ofrece, sin una participación que vaya más allá (Rodríguez Brandao, 1982).[4]

[4] Nótese que desde hace más de 30 años se están haciendo estos análisis significativos desde las ciencias sociales, aportes que suelen circular mucho más entre los proyectos civiles de educación popular que en el sector Salud.

El autor citado también analiza las formas populares de producción y reproducción de conocimientos, y prácticas de salud y educativas ¿Cuáles son las formas locales en que se enseña y aprende más allá de las agencias oficiales, como pueden ser las escuelas? Es muy común que nuestro trabajo choque o sea resignificado a través de lógicas o estructuras distintas de percibir, pensar, sentir y actuar en el mundo (el *habitus* al que se refiere Bourdieu, 1980 – ver adelante).

Finalmente, Rodríguez Brandao nos plantea la pregunta y el reto de revisar el 'contenido colonizador' en nuestros bien intencionados programas que suelen no tener la capacidad de percibir e incorporar las estructuras propias de creación y reproducción del saber popular: "La compleja articulación entre el programa y comunidad no será difícil, precisamente, porque involucra la invasión, bien intencionada, del orden popular de vida y trabajo?" (Rodríguez Brandao, 1982:145).

Concibiendo la Participación: los Problemas Empiezan Desde la Forma en que se Conciben las Cosas

Mi trabajo en docencia y de asesoría a proyectos comunitarios, civiles, académicos y gubernamentales me sirve como una ventana hacia los principales problemas que siguen dándose para lograr una participación y promoción significativas. Los principales problemas señalados por los trabajadores de la salud en diagnósticos participativos tienen que ver con el predominio de una 'concepción de participación' de la población vista como subordinada al programa y la institución, y que tiende a limitarse a la participación en actividades predefinidas. Esto lleva frecuentemente a que los promotores sean vistos como 'de' la institución y no 'de' o 'para' las comunidades en las que viven y trabajan.

Como sucede con el término 'comunidad', la palabra participación constituye un término polisémico que ya no se puede usar en forma aislada porque corre el riesgo de perder sentido. Esto es lo que hace que, como con la democracia, le aparezcan apellidos, desde el ya antiguo concepto de 'participación comunitaria' (años 60), pasando por el término más político de 'participación popular' y cerrando con el más reciente que se refiere a la 'participación social'. En el contexto de la promoción de los Silos (Sistemas Locales de Salud), se evolucionó de una visión comunitaria a una de participación social donde se convoca a participar a las organizaciones comunales e instituciones locales.

En muchos programas se habla de movilización social, de 'hacer participar', para referirse a lo que en realidad es un proceso de participación subordinada, cuando no de manipulación. Yucatán (México) en los años 80 a la entrada de un gobierno estatal nuevo: un joven médico del sector Salud se encarga de organizar una reunión de 'Planeación Democrática'. Para ello convoca a diversos sectores de la sociedad para plantear problemas y propuestas para los planes del sector Salud. Diseña una metodología participativa para el evento y logra una con-

vocatoria importante. Al final del primer día, su jefe, muy animado, lo llama para felicitarlo, diciendo que estuvo muy bien la organización. Remata su comentario diciéndole: "Lo importante es que se 'vea' que participen, al fin que los programas ya están hechos".[5] La historia es antigua, pero tristemente vigente hasta nuestros días.

En muchos casos, la participación se reduce al autocuidado –algo valioso, pero limitado en cuanto al potencial real de la participación. Desde los años 60, cuando se promueve la participación comunitaria –entendida como apoyo a las acciones de los centros y casas de salud, sobre todo en el medio rural– hasta la fecha hemos visto colocar distintos apellidos a la participación.

Frecuentemente el concepto de participación utilizado se acerca o emerge de la Carta de Ottawa (1987), aunque mucho de la práctica real en la promoción y participación social sea más limitada. Cuando existe la decisión política de que la población tenga crecientes cuotas de control sobre la salud y sus determinantes, emergen otras formas de entender la participación. Aquí estamos considerando una dimensión cualitativa de la participación y no sólo la cuantitativa.

Una de estas propuestas es la de participación popular –una visión más política de la participación ligada a procesos de educación y organización popular. Es en estos contextos donde la reflexión sobre el poder es explícita, donde emerge también la noción de 'empoderamiento', enfocando especialmente la situación y condición de subordinación de las mujeres (Oxaal & Baden, 1997). Esta perspectiva ha permitido analizar más finamente los procesos subjetivos y colectivos que permiten una mayor 'agencia' social. El empoderamiento permite la *gestión* en salud –cuando las personas o grupos se acercan y negocian sus necesidades en salud con las autoridades.

Actualmente se habla cada vez más de la 'participación ciudadana' o la creación de 'ciudadanía' donde las personas intervienen como actores sociales y sujetos de derechos. Esto plantea que la participación en salud tiene vasos comunicantes con la participación en otros ámbitos donde, idealmente, los diferentes procesos participativos refuerzan esta ciudadanía, pero que en la realidad frecuentemente se contradicen. Una promotora rural puede tener presencia y voz en la clínica rural, pero no es escuchada en la reunión de padres de familia de la escuela o no tiene acceso a asambleas comunales por no tener tierra.

En lo que se ha conocido en México como el Movimiento Popular de Salud (Cauhich, 2002) muchas experiencias han enfatizado la autogestión en salud como el desarrollo de estrategias que permitan tener el menor grado de dependencia posible de las instancias oficiales. El ejemplo más claro de este tipo de iniciativas es el desarrollado en Ajoya, Sinaloa, por más de 20 años, desde donde surgen obras como *Donde no Hay Doctor* y *Aprendiendo a Promover la Salud*, de David Werner.

[5] Comunicación personal.

Cabe señalar que en este maraña semántica los términos pueden usarse incluso en forma equívoca o invertida: he conocido proyectos de 'movilización social' que logran niveles importantes de participación y proyectos autonombrados como 'participativos' y 'populares' que simplemente manipulan o movilizan recursos humanos.

Personalmente entiendo a la participación como un proceso que puede contener la realización de actividades, pero que progresivamente va avanzando hasta tomar parte en la capacitación, difusión, evaluación, planeación y toma de decisiones. Esto incluye entonces: 1) la intervención de la población en el diagnóstico y planteamiento de problemas de salud; 2) la incorporación del conocimiento necesario para avanzar en el autocuidado y prevención de daños; 3) la capacidad de influir en la forma en que se prestan los servicios, así como en la manera en que se enfrentan las condiciones de vida y de trabajo que determinan la situación de salud (Keijzer, 1992). Esto equivaldría a un proceso de gestión de la propia salud.

Hay que enfatizar que al hablar de participación estamos hablando de 'poder' en el sentido de una capacidad creciente de reconocimiento e influencia sobre la problemática de salud y sus determinantes. Giovanni Berlinguer decía que la salud constituye una ventana privilegiada para observar contradicciones de una sociedad, reflejadas en aspectos como la enfermedad y mortalidad diferencial de las clases sociales que la componen. La manera en que se impulsa o no la participación (en general y en salud) nos abre también una ventana que muestra la coherencia o algunas de las contradicciones de nuestro sector Salud. Es indudable que una participación amplia y profunda de la población en el ejercicio de su derecho a la salud suele ser amenazante para gran parte del gremio médico.

Esto nos lleva de la mano a reconsiderar quién colabora con quién cuando se impulsa la participación. El personal de salud a nivel local frecuentemente se queja de la falta de 'colaboración' de la comunidad, cuando en todo caso debiera ser a la inversa – ¿de qué formas podemos colaborar a que su salud sea mejor? Después de todo, ¿de quién es la salud que estamos tratando de mejorar y promover?

Lo que resalta es, de nuevo, el supuesto de que el principal o único factor limitante es la falta de "colaboración plena" de la población. Si observamos la película desde el otro lado, podemos descubrir innumerables casos en los que la colaboración plena está faltando desde nuestro propio sector Salud. Al respecto, es fascinante y única la sistematización hecha de la experiencia de las mujeres de la Colonia Eusebio Kino en Sonora, quienes relatan 10 años de intentos de colaboración de y con el sector Salud manteniendo una actitud de lucha para no terminar siendo gobernadas o absorbidas por el sector (Castro & Contreras, 1998).

Una distinción reciente, aportada por quienes trabajan en comunidades con una perspectiva de redes sociales, pone el acento en cuál debe ser el polo fuerte cuando hablamos de participación. Ellos hablan de que existen "programas 'con' participación", generalmente gubernamentales, donde el elemento participativo es uno más, incluso un elemento prestigioso o

vendible. Establecen la gran diferencia con la 'autogestión comunitaria asistida', donde el polo real de desarrollo es el comunitario, un polo que tiene la capacidad de buscar, atraer y controlar la asistencia que requiere de afuera (Pucci, 1993). Este concepto –la autogestión comunitaria asistida– es quizás el que mejor logra capturar el tipo de vínculo que potencialmente puede darse en muchos problemas básicos de salud. El desarrollo de una capacidad considerable contando con asistencia externa en los aspectos que rebasan dicha capacidad.

Aquí, la tensión entre la autogestión y la responsabilidad del Estado emerge nuevamente. Reconocer la capacidad autogestiva permite valorar una importante cantidad de esfuerzos en las redes sociales donde 'ya' se está participando para enfrentar todo tipo de problemas que se relacionan directamente o no con la salud: la vivienda, los servicios básicos, la nutrición, la lucha por mejores condiciones de trabajo, etc. La autogestión, sin embargo, no debe absolver al Estado de sus múltiples obligaciones en la creación de mejores condiciones de vida.

Gish, desde el '79, hace una interesante distinción entre la Atención Primaria en Salud y la 'salud por el pueblo' en la que el segundo polo, visto como no asistencial, se construye desde los sujetos con tres niveles posibles de acción: 1) como individuos en relación con su propia salud; 2) como comunidad que atiende la salud a través de servicios, tipo médicos descalzos o campañas preventivas; 3) como comunidad política que controla el sistema de salud y a sus profesionales, la asignación de presupuestos, etc. (Gish, 1979).

Pero vamos más allá. ¿Qué tanto participa el propio personal de salud en sus propios programas e instituciones? Generalmente existen vacíos y contradicciones con la participación 'en' el propio sector Salud, empezando por su marcada jerarquía interna. El nivel 'operativo' se encuentra divorciado del 'normativo', los programas (homogéneos) se 'bajan' a las 'dependencias' y los que menor poder de decisión tienen, como la auxiliar de enfermería, son enviados a 'hacer participar' a la comunidad en el programa. Para completar el panorama, en México la mayor parte de la organización sindical en salud se encuentra atravesada por el clientelismo, la burocracia y/o la corrupción, así como por la falta de democracia.

Muchos trabajadores de salud perciben falta de voluntad política para que realmente se avance hacia algo que sea más que una pseudoparticipación. Esto tiene que ver también con su enorme desconfianza en lo que la gente puede hacer por sí misma y su salud. El ciclo se cierra con la experiencia de subordinación vivida (y asumida) por la población en el contexto de la relación médico-paciente.

En participación y promoción de la salud existe siempre lo que algunos llaman la 'variable contextual', es decir el contexto social, económico, cultural y político en el que desenvuelven los procesos. Esta variable es central para determinar el nivel y calidad de la participación social; hay interesantes experiencias que se desenvuelven y avanzan en contextos económicos difíciles, pero también situaciones políticas de consenso que favorecen enormemente la participación. Esto se ha reproduce desde el nivel nacional (Cuba, Nicaragua) hasta el nivel munici-

pal en coyunturas específicas. La erosión del consenso en el caso de México no permite niveles importantes de participación en los programas del sector, aunque surgen procesos interesantes en forma paralela o incluso en oposición a las políticas oficiales.

Acerca de la Educación y el Cambio

¿Qué teoría educativa existe tras el trabajo de educación para la salud? Eso no se problematiza en el sector Salud y la mayoría de los que la practican no lo saben. ¿Cómo se concibe el proceso de cambio? Generalmente se ve como el resultado casi automático del aporte de una información impuesta. La gente se sigue viendo como 'ignorante' y el agente externo promueve el cambio a través de la información 'adecuada'. Con el tiempo nos damos cuenta de que la población no siempre 'hace caso' y persisten en sus 'conductas negativas a la salud' y terminamos calificando a las comunidades de 'apáticas y poco colaboradoras'. En muy pocos casos se reconoce que del otro lado hay concepciones y prácticas de salud que son distintas, así como tampoco se le da el peso suficiente a las condiciones objetivas de trabajo y de vida que limitan los cambios en el 'estilo de vida'.

¿Y qué teoría del sujeto hay detrás de nuestro trabajo educativo? ¿Vemos un sujeto racional, coherente entre su pensamiento y su práctica, o podemos llegar a concebir un sujeto ambivalente, frecuentemente contradictorio, en continuo proceso de transformación y con un inconsciente que también se hace presente? El propio personal de salud muestra contradicciones entre lo que recomienda al promover la salud y al cuidar la propia salud.

Para poder entender estos procesos educativos debemos guiarnos por teorías que permitan entender, en primer lugar, cómo se conforman los saberes y las prácticas en salud como parte de una cultura. Este proceso combina generalmente algunos elementos que vienen de la cultura oficial y otros elementos provenientes de la cultura popular. También debemos tener bases para entender la resistencia al cambio –las razones por las cuales la simple información (con o sin motivación) generalmente es insuficiente. Empecemos por la resistencia al cambio. En este terreno probablemente sea Bourdieu quien nos ofrece la mejor explicación sociológica de la articulación entre la hegemonía[6] y la constitución de las subjetividades.

Para entender las formas en que se introyecta y se reproduce la cultura hegemónica en cada sujeto, echamos mano de la categoría de *habitus* construida por Pierre Bourdieu (representante de la sociología de la cultura francesa). La pregunta que se hace Bourdieu en una cultura mucho más unificada como la francesa[7] es ¿cómo se introyecta la cultura hegemónica en las

[6] Retomando el concepto de Gramsci, la hegemonía según Carlos Maya, es la 'unidad' de la 'dirección' política, moral, intelectual y el 'dominio' (político y económico) que una clase ejerce sobre el resto de la sociedad. Viene del griego *hegemon*: el que domina (García Canclini, 1984).

[7] Autores latinoamericanos como García Canclini han propuesto repensar esta categoría para la realidad regional, culturalmente mas fragmentada.

culturas subalternas? En otras palabras: ¿cómo se reproduce la cultura en los individuos? Esto genera la categoría de *habitus*.

El *habitus* (Bourdieu, 1980; Canclini, 1984) está constituido por: 1) sistemas de percepción (cómo percibe uno al mundo); 2) pensamiento (cómo uno lo piensa) y 3) acción (cómo actúa en él) –que son durables (en el tiempo) y transponibles (a situaciones nuevas) y que funcionan como estructuras estructurantes (tienden a reproducirse hacia seres humanos nuevos).

El *habitus* se introyecta por las influencias de 'autoridades pedagógicas' (la familia, la escuela, la institución médica) a través de un 'trabajo pedagógico'. El *habitus* programa la percepción de lo necesario y lo posible, lo pensable y lo discutible. El *habitus* programa también los hábitos de consumo y lo que se percibe como necesidades. En nuestras sociedades se da no sólo una apropiación diferenciada del capital político y económico sino también del capital cultural, que es algo que Bourdieu analiza a través de la escuela. Lo más relevante de la conformación del *habitus* es la interiorización de la hegemonía y la desigualdad.

El resultado final lo vemos cuando la apropiación diferencial del capital cultural se vive como virtud o esencia en la clase dominante, mientras que en las comunidades los campesinos dicen "somos muy burros" para aprender y las mujeres se consideran muy "cerradas de la cabeza". O bien, teniendo 30 o 40 años, se autodefinen como "muy viejas...", "mejor le mando a mi hija" para la conformación de un grupo en torno a algún problema de salud.

La categoría *habitus* permite explicar la fuerte correspondencia entre la estructura social y la conducta individual. Es el proceso por el cual lo social se interioriza en los individuos logrando que las estructuras objetivas concuerden con las subjetivas. A través del *habitus*, las diferencias sociales se van naturalizando y la desigualdad (de género, de clase, de etnia, de generación) se va introyectando como autoinferiorización. Los *habitus* no son estáticos sino dinámicos. Lo que se introyectó es difícil de modificar pero es transformable a través de un trabajo pedagógico nuevo e igualmente intenso.

El proceso de constitución del *habitus* se vale de dos mecanismos:

- la arbitrariedad cultural: la cultura hegemónica determina lo que es legítimo y lo que no, como cuando se coloca a la ciencia (verdad) como opuesta a las "creencias" populares. El niño campesino o indígena ve información sobre los centros de salud en su libro de texto gratuito, pero nada sobre la medicina tradicional;
- la violencia simbólica: sirve para vencer las resistencias a la imposición de la hegemonía a través de premios y castigos. Esto sería convergente con el concepto de micropenalidad propuesta por Foucault.

Veamos un ejemplo muy reciente: ¿Por qué, después de estar de cuatro a seis horas en la escuela (a veces sin ganas) tantas niñas y niños llegan a casa y juegan a la 'escuelita'? Sencillo, en la casa pueden reproducir el 'acto educativo' pero desde el lado del poder –el de la maestra.

Pasaron tiene diez minutos desde que Ale llegó a nuestra oficina proveniente de la escuela y se pone a 'jugar' en la sala de reuniones ante la pizarra. Se produce el siguiente monólogo el cual transcribo:

> *A ver niños, les voy a decir cuando saquen sus libros de geografía. ¿Quién se ha portado bien de las niñas? Si no se callan les voy a poner puntos malos... puntos malos, eh?... puntos malos. Ya borré niños. Yo dije, '¡copien rápido!'. Hoy no tengo tiempo de jugar, eh? Hoy no vamos a jugar. A ver niños... ¡estoy hablando! Nadie va a hablar y el que hable lo voy a reportar con el Director.*

Ella decide que yo soy el 'Director' y llega al cuarto vecino conmigo con un niño invisible: "Me mandan este recado del niño que estaba enfermo, pero ya vino y no está enfermo, así que nos mintieron. Póngale puntos malos. Se va a su salón: Ya vieron niños, no se vale mentir aquí. Yo califico todo... todo…¡nada de peros!". A los tres minutos regresa conmigo y me pregunta, con mirada severa y las manos puestas en la cintura, si se "portó bien". Yo le digo que sí. Ella le dice al niño invisible: "Bueno, ya vámonos". Y de vuelta en el salón: "Vamos a borrar su nombre".

Ale, la niña en cuestión, tiene 7 años y ¡tan sólo 2 meses de haber entrado a la escuela primaria! Junto con las letras y la aritmética está interiorizando las relaciones de poder, la arbitrariedad cultural y la violencia simbólica en la conformación de su *habitus*. En la escuela suelen reforzarse las relaciones autoritarias que generalmente existen ya en la familia. Y esta será la historia más frecuente, con variaciones de grado en el autoritarismo durante sus próximos 12 años de contacto con la institución escolar.

¿Cómo desarrollar educación participativa con jóvenes o adultos, cuando el *habitus* se ha conformado en un sentido contrario hacia la subordinación, la obediencia y la simulación como forma de resistencia? He tenido la experiencia de trabajar con alumnos de primer año de licenciatura que se quedan pasmados ante un profesor que no va a dictar ni escribir en el pizarrón y que, para colmo, les pide que lean un texto y trabajen en grupos para que saquen 'sus' conclusiones. En un estudio cualitativo en el medio rural mexicano fue muy clara la diferencia entre el discurso y la participación limitada de jóvenes de secundaria en su salón escolar, con la soltura mostrada al trabajar con ellos y ellas por las tardes en forma de red social (Rodríguez & Keijzer, 2002).

Pero esto ocurre no sólo en la escuela sino también en el sector Salud, que tiene sus propias formas de arbitrariedad cultural y violencia simbólica. La interpretación y la atención al proceso salud-enfermedad también es una construcción cultural y la arbitrariedad cultural es ejercida cuando la cultura hegemónica se autodeclara como legítima (frente a concepciones distintas de la cultura subalterna).

La arbitrariedad cultural y la violencia simbólica ocurren en el sector Salud donde es el médico quien determina qué es y qué no es una enfermedad (dejando fuera los síndromes de filiación cultural y, entre otros, el "malestar de las mujeres" acuñado por Burín (1990). Apare-

ce en nuestra práctica discursiva cuando “educamos a la población” y decimos “ustedes deben lavarse las manos y comer bien” sin reparar en las condiciones reales de vida y las posibilidades de la gente. Es violencia simbólica contra los/as pacientes esa bata denigrante que se les pone en los hospitales que apenas cubre su desnudez, y cuando a las parturientas se las amenaza con que si no “cooperan”, su bebé va a morir; o cuando se les cuestiona que “para hacer al bebé, bien que lo disfrutaste, ¿no?”. Padres y madres de familia incorporan estos mecanismos y amenazan a sus pequeños con que si no dejan de llorar, “el Doctor les va a poner una inyección”.

Esto no significa que todo lo que hacemos desde nuestro trabajo de educación y promoción a la salud sea arbitrariedad o violencia simbólica (García Canclini, 1984). Por parte de las instituciones hay un servicio real, por ejemplo, los servicios de salud y la prevención de enfermedades, aunque pueda significar una suerte de intercambio desigual con los sectores hegemónicos. También es claro que, cuando existen la violencia simbólica y la arbitrariedad cultural, se generan formas de resistencia en el otro polo.

El Desencuentro de dos Mundos: Desfases en la Interfase

¿De dónde vienen las buenas ideas? En el terreno de la educación y la participación en salud, generalmente vienen de la periferia y desde abajo. Muchas de las críticas y propuestas de cómo mejorar el vínculo con la población vienen de la antropología (Harris, 1974) y en especial de la antropología médica, que por décadas ha estado inventariando tanto las cosmovisiones distintas a la nuestra como las prácticas de la medicina tradicional, dando cuenta de los múltiples desencuentros entre la llamada medicina oficial y las concepciones y prácticas populares.

La permanencia crónica en comunidades, y el contacto estrecho y diálogo verdadero con ellas permiten –a Paulo Freire primero y a David Werner después– desarrollar una concepción y estrategias específicas para un trabajo comunitario a la vez respetuoso, comprometido y eficaz. También el campo de la agronomía da nuevas luces y aportes en esta articulación. Y esto no es sorpresa, porque ¿quién si no los agrónomos han permanecido largas temporadas en el campo con sus esfuerzos de imposición-extensión y que, poco a poco, se está convirtiendo en aprendizaje y comunicación? En una revisión radical de la práctica de extensionismo agrario y en el esfuerzo por buscar articulaciones con la población campesina como sujetos de procesos, emergen al menos tres aspectos críticos a tomar en cuenta y que pueden ser aplicables también al campo de la salud (Chambers, 1994):

- El ‘poder y el pluralismo del conocimiento’, donde una de las formas de conocimiento es la de la ciencia (poderosa y casi universal) contrastando con el conocimiento rural, más local y situacional pero con formas propias de experimentación y aprendizaje. Las diferencias de conocimiento tiende a reforzar tanto el poder como la subordinación. Como propuesta se considera al conocimiento como un proceso para apoyar, estimular y reconocer en los sectores rurales.

- El 'comportamiento, las interacciones y los métodos': los campesinos, los extensionistas y los científicos son vistos como actores sociales. Las relaciones de poder se reflejan en las formas en que interactúan. Se plantea un cambio de rol del extensionista que se convierte en facilitador-catalizador de procesos, reforzando en los campesinos el papel de observadores, analistas, experimentadores y evaluadores. Esto, promovido desde los años 90, genera sorpresas por las capacidades generadas desde los participantes.
- El tercer aspecto son las instituciones que, para poder facilitar realmente la participación, requieren de una cultura, estilo y procedimientos participativos 'a su interior'. Esto cuestiona las formas tradicionales de ejercer la autoridad, de planear y operar programas hacia una estructura más abierta a la escucha, la demanda y a la coordinación con los sectores rurales. Las instituciones pueden aprender de la experiencia generada por todo tipo de redes, coordinaciones y alianzas que, no sin conflicto, desarrollan modelos más participativos y descentralizados de trabajo.

Queda clara la similitud con el sector Salud en cuanto a las cuestiones que habría que revisar, reflexionar y redefinir para que la educación vaya más allá del 'extensionismo o evangelización sanitaria' y las distintas formas de participación florezcan con todo su potencial. El subtexto a esta mirada es la promoción del empoderamiento de los sectores subalternos.

Normal Long, de la Universidad de Wageningen (Holanda) propone el concepto de 'interfase' para caracterizar ese espacio de articulación entre agentes externos y los grupos y redes comunitarios: la interfase social es un punto crítico de intersección entre distintos sistemas sociales, campos o niveles de orden social donde encontraremos discontinuidades estructurales basadas en diferencias de valores normativos e interés social (Long & Villarreal, 1994).

El estudio de interfases se centra precisamente en esas discontinuidades caracterizadas por discrepancias de poder, valores, intereses y conocimiento, tratando de comprender los procesos culturales y organizativos que las reproducen o las transforman. Para empezar a darnos cuenta de algunas cosas que suceden en la interfase, se propone un sencillo esquema que busca recuperar cuatro miradas y percepciones entre los agentes externos y los locales:

La interfase en los procesos de trabajo con otras poblaciones

Miradas	Ellos	Nosotros
Nosotros	¿Cómo los vemos?	¿Cómo NOS vemos?
Ellos	¿Cómo se ven?	¿Cómo NOS ven?

La bidireccionalidad del proceso educativo es algo sabido desde hace más de 40 años tanto desde la perspectiva freireriana, en su contacto con los sectores populares, como en las estrategias del grupo operativo abarcando otros estratos poblacionales. En los aportes de Long y

colaboradores se plantea el conocimiento como un proceso de 'fusión de horizontes' donde el nuevo conocimiento necesariamente se articula al conjunto de conocimientos previos de 'ambos' lados de la interfase.

Es precisamente el cuidado de esta interfase lo que constituye el aspecto original y relevante en varios proyectos desarrollados recientemente en la región. Uno de ellos es el proyecto ReproSalud en el Perú (2003). Este proyecto surge de un convenio de cooperación de 10 años (1995-2005) entre Usaid-Perú y el Movimiento Manuela Ramos, organización feminista peruana dedicada a la promoción y defensa de los derechos de las mujeres (Movimiento Manuela Ramos, 2003). El propósito del proyecto es mejorar la salud reproductiva de las mujeres pobres que viven en zonas rurales y periurbanas con los peores indicadores de salud reproductiva del Perú. El objetivo es que las mujeres mejoren su salud reproductiva mediante el uso de servicios oficiales de salud y el autocuidado. También se busca un impacto en los factores socio-culturales que afectan la salud de las mujeres, en el ámbito de las relaciones de género y las distancias culturales entre el sistema de salud oficial y los sistemas de salud tradicionales.

ReproSalud es un proyecto innovador que busca promover la salud reproductiva entre las mujeres de menores ingresos, empoderándolas, fortaleciendo sus habilidades individuales y comunales para defender y ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, establecer una relación más equitativa con sus parejas y los proveedores de salud, y para que se desempeñen como usuarias informadas con capacidad para plantear sus demandas. El diseño del proyecto está basado en la metodología de educación popular con perspectiva de empoderamiento de las mujeres. La selección de organizaciones comunitarias de base de mujeres (OCB) se hace a través de una entrevista y un sociodrama en donde presentan alguna de sus problemáticas. Las organizaciones seleccionadas entran como 'socias' de ReproSalud en un subproyecto que ellas conducen y administran.[8]

El cuidadoso trabajo en la interfase entre las mujeres profesionales de la salud y las mujeres indígenas implica un largo proceso autodiagnóstico de 15 días donde colectivamente se ubica el problema que las mujeres desean priorizar a partir de técnicas de investigación participativa. Mediante ejercicios participativos se motiva a las mujeres a reflexionar sobre su salud reproductiva y el modo en que se relaciona con su situación como mujeres. En los primeros años emergen como prioridades de las comunidades los siguientes problemas: la "regla blanca" (infecciones vaginales), "muchos hijos" (embarazos no planificados y anticoncepción) y "sufrimiento en el parto" (complicaciones en el parto). Nótese la capacidad del programa de mantener los nombres de los padecimientos en los términos de las propias mujeres. Otro hallazgo es que una alta proporción de los autodiagnósticos incluye un problema no específicamente reproductivo, pero con grandes consecuencias en ese campo, que las mujeres denomi-

[8] Hacia el año 2002, el proyecto ha trabajado en 91 distritos ubicados en 8 de los 24 departamentos del Perú: beneficia actualmente a 145.235 mujeres y 67.464 varones con una expansión planificada para llegar a 144.560 mujeres y 62.786 varones más.

nan "maltrato" (violencia doméstica). Aunque no estaba previsto como prioritario en el programa, se retoma como problema a abordar con las mujeres y luego con los hombres.

Durante el diseño de los primeros proyectos comunitarios en 1997, muchas OCB identificaron la necesidad de llegar y trabajar con los varones en sus comunidades. Ellas manifestaron razones estratégicas y prácticas. Desde una perspectiva práctica, era necesario comprometer a los varones de modo que no se opusieran a la participación de las mujeres en las reuniones de ReproSalud y otras actividades relacionadas. Estratégicamente, era vital involucrar a los varones debido a su decisiva participación en la toma de decisiones en el ámbito de la salud reproductiva y en las consecuencias que éstas tienen en la salud de las mujeres.

> *La idea no nace del equipo. Este es un proyecto que se pensó para las mujeres y desde las mujeres. Y en cumplimiento del mandato del proyecto es que las mujeres digan qué problemas son esenciales, analicen sus causas, sus consecuencias. Escojan las causas sobre las que pueden actuar ellas y hagan un proyecto. La mayoría de mujeres con sabiduría han dicho: este problema y la salud no solamente es nuestro, tenemos que involucrar a los varones y tenemos que involucrar a los chicos y a las chicas. El involucramiento de los varones viene desde ellas, viéndolo como positivo.* (Entrevista individual a coordinadora de la Sede Central)

En vista de la sólida argumentación de las mujeres, ReproSalud decidió responder a su pedido. Para algunas, involucrarlos les permitía enfrentar la oposición inicial de éstos a que las mujeres se comprometan con ReproSalud. Otras evaluaron como necesario cambiar las actitudes y comportamientos de los varones para mejorar su salud reproductiva, en la medida que los identificaron como una de las causas de sus problemas de salud reproductiva. Las mujeres vislumbraron que los cambios en su salud reproductiva y la posibilidad de que éstos sean sostenibles y duraderos, no podían darse sin lograr cambios en los varones.

Una lección de ReproSalud es que si se trabaja desde una perspectiva de género y derechos, las mujeres encuentran el modo más adecuado de involucrar a los varones, reafirmándose su capacidad para tomar decisiones acertadas cuando tienen espacios de reflexión y autonomía para hacerlo. Teniendo en cuenta el análisis y decisiones de las mujeres, y dada la buena aceptación de los varones involucrados –así como el requerimiento para trabajar con otros varones–, ReproSalud piensa continuar con las actividades de entrenamiento para ellos. Estamos ante un claro ejemplo: en la interfase se da una real escucha a los planteamientos de las mujeres.

La incorporación de los hombres implica todo un reajuste tanto de los objetivos como de las actividades, los materiales educativos y el presupuesto. Se diseña un proceso de trabajo con los hombres que permite que, manteniendo la salud de las mujeres como prioridad, se trabaje actualmente con una alta proporción de hombres en las comunidades, quienes también encuentran claves para mejorar la propia salud. El equipo de ReproSalud es consciente del riesgo que provoca el hecho de que los hombres tiendan a asumir el control de los proyectos locales. Por ello es que en todo momento se refuerza en las mujeres la idea de que la conducción de los proyectos comunitarios está a su cargo, como estaba estipulado desde un inicio en un proyecto que tiene a las organizaciones de mujeres como contrapartes:

> *Lo que hacíamos reforzando es decirles: 'Señoras, ustedes van a manejar el proyecto, ustedes son las responsables que se prepare el proyecto, ustedes son las que manejan'. Y a los varones también se los hemos dicho en las capacitaciones. 'Señores, señoras, compañeros, mediante el proyecto se ha decidido trabajar con varones, porque las señoras lo han considerado importante y son ellas las que van a dirigir esto.' Los primeros proyectos donde estaban los varones y las mujeres eran una incertidumbre para los varones ¿Qué estaba pasando? Ellos decían: Las mujeres no lo van a poder manejar, ellas no tienen capacidad, no lo van a hacer. Entonces algunos estaban esperando como que realmente fracasen ellas y pues que ellos puedan dirigir.* (Entrevista colectiva, Equipo Regional de Pun, zona quechua)

Finalmente, lo táctico en el trabajo con varones se fue convirtiendo en estratégico: crece y es atractiva la posibilidad de que los varones pasen de ser únicamente parte del problema a convertirse en parte de la solución. Este es sólo uno de los muchos ejemplos de esfuerzos valiosos y novedosos que se vienen dando en América Latina con resultados palpables tanto en la educación como en la participación y promoción de la salud.

Recomendaciones

El contraste entre los discursos y la práctica de la educación y la participación en salud, desde una lectura social, arroja una serie de desencuentros, contradicciones y limitantes que deben ser tomadas en cuenta por las instituciones de salud si desean avanzar en la construcción de vínculos significativos y productivos con los sectores de la población que pretende atender. Es urgente rebasar el simplismo de muchas acciones educativas basadas exclusivamente en la transferencia de información para cambiar conductas y no en un diálogo intercultural. Para ello, las instituciones de salud deben establecer un diálogo y un aprendizaje con las experiencias más significativas de la periferia: las redes, las organizaciones civiles y los movimientos locales. Esto permitirá una radical revisión de los objetivos, contenidos, métodos y materiales educativos para que logremos una coherencia interna entre los mismos.

Igualmente, la participación no puede ser vista como la simple movilización de la población, sino como un proceso de empoderamiento progresivo de la misma, donde se incorporan grados crecientes de capacidad de conocer, detectar y resolver problemas en conjunto con el sector Salud. Existe una amplia gama de formas y niveles de participatividad posibles. Y más aún, en muchos casos no hay que pensar en promover desde cero, sino de articularnos con procesos participativos que ya existen y que frecuentemente no son reconocidos.

Promover la participación hacia la población implica reflexionar y estimular también la participación dentro del propio sector Salud, lo cual conduce a la revisión de las relaciones de poder a lo interno de las instituciones. ¿De qué forma una auxiliar de enfermería o una promotora va a facilitar el empoderamiento de un grupo de mujeres indígenas si ella misma carece de los más mínimos grados de poder en su propio programa? Como trabajadores/as de salud conviene asumirnos también como seres ambiguos y contradictorios, y como producto de procesos de socialización que pueden o no chocar con nuestra formación universitaria.

Debemos fortalecer la perspectiva social en el quehacer de salud, en especial, en la promoción y participación en salud. No podemos quedarnos estacionados en el biologicismo simplista que permeabiliza muchos de los contenidos educativos. Esto es fundamental con el personal de salud ya formado, e imprescindible con los estudiantes de las distintas carreras de salud en instituciones de educación superior en donde sigue dándose la antigua y absurda lucha entre clínicos y maestros de sociales.

Una perspectiva social implica sensibilizar al personal de salud en el reconocimiento de las presiones y límites a las que están sometidos los sectores con que trabajan y al reconocimiento de las estrategias que desarrollan para enfrentarlas. Muchas de estas estrategias constituyen una posible base para la acción conjunta.

El trabajo estrecho con la población, tomando en cuenta sus necesidades implica renunciar a los programas *king size* para permitir el desarrollo de alternativas regionales y programas específicos en un ejercicio de encuentro entre las políticas y programas generales gubernamentales, y su adaptación y enriquecimiento con la mirada local.

Finalmente, hace falta discutir y confrontar más profundamente los efectos reales del ajuste estructural, sobre todo en su efecto de recorte de programas sociales. La participación y promoción de la salud, valiosas en sí mismas, no pueden servir de simple parche al retiro progresivo de la responsabilidad del Estado en relación con la salud de la población. Debemos valorar la forma en que la política privatizadora choca con los buenos propósitos de una mayor participación social y participación en salud.

Referencias Bibliográficas

ÁLVAREZ MANILLA, J. M. Corresponsabilidad y participación social. *Memorias: La Salud Pública y la Reforma del Estado*, ISP/UV, Xalapa, nov. 1996. (Mimeo.)

BOLTANSKI, L. *Puericultura y Moral de Clases.* Buenos Aires: Laia, 1974.

BOTTINELLI, C. (Coord.) *Migración y Salud Mental.* México: Ilef, Radda Barnen, 1994.

BOURDIEU, P. *El Sentido Práctico.* Madrid: Taurus, 1980.

BRONFMAN, M. *Como se Vive se Muere: familia, redes sociales y muerte infantil.* Cuernavaca: Crim/Unam, 2000.

BURIN, M. et al. *El Malestar de las Mujeres.* Buenos Aires: Paidós, 1990.

CAHUICH, M. *Una Visión Distinta del Mundo: ensayo historiográfico sobre el proceso de la salud popular en México a fines del Siglo XX*, 2002. Tesis de Maestría, México: Historia y Etnohistoria, Enah.

CASTRO, M. del C. & CONTRERAS, M. Participación comunitaria en salud en la Colonia Eusebio Kino. In. HARO, J. & Keijzer, B. de. (Coords.) *Participación Comunitaria en Salud: evaluación de experiencias y tareas para el futuro.* Colegio de Sonora: OPS y Produssep, Hermosillo, 1998.

CARTA DE OTTAWA para la promoción de la salud. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 103(1), 1987.

CHAMBERS, R. Introduction. In: SCOONES, I. & THOMPSON, J. *Beyond Farmers First: rural people's knowledge, agricultural research and extension practice.* London: Intermediate Technology Publications, 1994.

DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA. Servicio de Propaganda y Educación Higiénicas. *Mensajero de la Salud*. México, D.F., 15 de noviembre de 1922.

GARCÍA CANCLINI, N. Cultura y organización popular. *Cuadernos Políticos*, 39, enero-marzo 1984.

GISH, O. The political economy of primary health care and "health by the people"; an historical exploration. *Social Science and Medicine*, 13C:203-211, 1979.

GUIJT, I. & KAUL SHAH, M. *The Myth of Community: gender issues in participatory development*. London: Intermediate Technology Publications, 1998.

HARRIS, M. *Vacas, Cerdos, Guerras y Brujas: los enigmas de la cultura*. México, D.F.: Alianza Editorial, 1974.

KEIJZER, B. de. Participación popular en salud: logros, retos y perspectivas. In: MENÉNDEZ, E. & GARCÍA DE LEÓN, M. (Eds.) *Prácticas Populares, Ideología Médica y Participación Social*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara y Ciesas, 1992.

KEIJZER, B. de. El género y el proceso salud-enfermedad-atención. *Género y Salud en Cifras*, 1(3), sept.-dic. 2003.

LONG, N. & VILLARREAL, M. The interweaving of knowledge and power in development interfaces. In: SCOONES, I. & THOMPSON, J. *Beyond Farmers First: rural people's knowledge, agricultural research and extension practice*. London: Intermediate Technology Publications, 1994.

MOVIMIENTO MANUELA RAMOS. *Opening our Eyes: a work experience with men on gender issues and sexual and reproductive health*. Lima, 2003.

OXAAL, Z. & BADEN, S. *Gender and Empowerment: definitions, approaches and implications for policy*. Brighton: Bridge, Universidad de Sussex, 1997.

PONCE, A. Educación y lucha de clases. In: PONCE, A. *Obras*. La Habana: Casa de las Américas, 1975.

PUCCI, L. Autogestión comunitaria asistida de asentamientos populares urbanos: un método de trabajo con comunidad. In: DABAS, E. *Red de Redes: las prácticas de la intervención en redes sociales*. Buenos Aires: Paidós, 1993.

RODRÍGUEZ BRANDAO, C. Estructuras sociales de reproducción del saber popular. In. GAJARDO, M. (Ed.) *Teoría y Práctica de la Educación Popular*. México: OEA-Crefal, 1982.

RODRÍGUEZ, G. & KEIJZER, B. de. *La Noche se Hizo para los Hombres*. México, D.F.: Edamex y Popularion Council, 2002.

24. 'RAÇA' E SAÚDE PÚBLICA: OS DILEMAS DA CIÊNCIA E DA PRÁTICA CONTEMPORÂNEA

Francisco Inácio Bastos
Claudia Travassos

As relações entre 'raça'[1] e saúde pública têm uma história bastante longa e especialmente conturbada e controversa. Nenhuma outra variável sociodemográfica tem oscilado, como a raça, entre a absoluta centralidade e a mais completa irrelevância (do ponto de vista da produção do conhecimento) como possível determinante das condições de vida e de saúde das populações. Mais do que isso, sua centralidade para a saúde pública em determinados contextos e períodos deve-se a razões bastante diversas, quando não opostas. Uma possível explicação dessa centralidade controversa é a imbricação profunda neste campo de estudo de conceitos e preconceitos, ciência e ideologia, e, talvez mais do que propriamente ideologia, manipulação ideológica explícita. A expressão mais profunda e dramática dessa manipulação ideológica no mundo contemporâneo é o nazismo, com seu corolário de extermínio e absoluto descrédito de qualquer formulação científica e ética do tema.

O nazismo criou um círculo vicioso de descrédito e manipulação dos conceitos científicos que parte de um uso abusivo do conceito de raça para não só justificar a barbárie por ele perpetrada, como propor uma suposta 're-fundamentação' da ciência biomédica como um todo em bases explicitamente racistas. A cunha aberta pela ideologia nazista na legitimidade e racionalidade da ciência biomédica contemporânea foi tão profunda, que é precisamente da sua crítica e julgamento que nasce a bioética como a entendemos hoje. Ainda que permanentemente reformulados a partir de reuniões internacionais de grande porte, como a de Helsinki, ou da legislação norte-americana contemporânea sobre o tema (ver detalhes em http://cme.cancer.gov/c01/), os fundamentos da bioética moderna nascem dos desdobramentos do julgamento de Nuremberg, com a revelação, a um mundo pateticamente inerte e desinformado, da extensão e profundidade da barbárie, e do caráter abrangente do mal, ou, na expressão mal compreendida de Hannah Arendt (1994), da sua banalidade.

[1] Figurando aqui, inicialmente, entre aspas, porque o texto objetiva, exatamente, problematizar o conceito e seus usos.

Na verdade, o nazismo representa a culminância e o paroxismo de um conjunto de ideologias racistas de longa data que procuraram explicar um sem-número de fenômenos como a desigualdade entre países, culturas e povos, a partir do essencialismo racista, de suposta base biológica. Este, freqüentemente, se combina a outros essencialismos, como o geográfico e climático, para condenar determinadas culturas e povos à esterilidade e ao fracasso e/ou justificar sua exploração e subordinação.

À época, variantes das ideologias racistas e eugenistas permeavam a ideologia da biomedicina em todo o mundo, inclusive no Brasil, como analisado, em perspectiva ensaística e ficcional, por Jurandir Freire Costa (1981) e Jorge Amado (1969), respectivamente, entre outros. A ideologia eugenista representaria como que um desdobramento 'profilático' do racismo e de outras ideologias da desigualdade fundamentadas em uma suposta base biológica. Segundo essa ideologia, se a razão dos males sociais está radicada na biologia, cabe evitar, excluir ou eliminar (e essa seqüência perversa é descrita como 'lógica e natural' no âmbito das 'soluções' propostas por Eichman para a 'questão judaica', segundo a supracitada análise de Hannah Arendt) indivíduos e populações portadores de determinados traços e características que os tornariam 'inferiores', o que equivaleria, na acepção racista, a pertencer, ou delas descender, a raças tidas como inferiores. Obviamente, a questão é bastante mais complexa, pois incorporou e incorpora outras modalidades de discriminação e estigmatização, como o preconceito e a perseguição a pessoas com deficiências físicas ou adeptas de determinadas práticas sexuais (o que foge ao escopo do presente texto).

A questão da raça teria, após o pesadelo nazista, se desdobrado em duas direções opostas no âmbito da saúde pública contemporânea. Na saúde pública norte-americana, a ideologia racista e a tematização da questão da raça de uma perspectiva, de fato, científica jamais deixaram de, por um lado, se confrontar e, por outro, se influenciar mutuamente. Os exemplos recentes vão de episódios dramáticos e vergonhosos, como os 'experimentos' de Tuskegee (ver detalhes em Jones, 1993), até reedições contemporâneas e mais sofisticadas de manipulação ideológica (nem por isso menos absurdas), como as supostas aferições comparativas do quociente intelectual de diferentes grupos raciais/étnicos (sempre em prejuízo das populações ditas 'não-brancas') e a subseqüente polêmica em torno do livro *The Bell Curve* (Kincheloe, Steinberg & Gresson, 1997).

Enquanto isso, a saúde pública brasileira oscilou entre a subscrição explícita ou velada da ideologia racista (como nas propostas de eugenia no campo da psiquiatria - ver detalhes em Costa, 1981) e a desqualificação da variável 'raça' como constituinte do campo da saúde pública por parte da vertente autodenominada 'progressista', sob a alegação de que não existiria no país uma questão propriamente racial/étnica, mas apenas conseqüências mediatas da inegável desigualdade socioeconômica. Ou seja, tratar-se-ia de uma questão de 'classe' (numa acepção marxista ou daí derivada) e, apenas subsidiariamente, de raça/cor.

Os modernos estudos de genética das populações demonstraram claramente que todo o debate sobre raça deve ser amplamente reformulado em uma saúde pública que se deseje de fato antenada com a ciência contemporânea.

Evidenciou-se que as diferenças fenotípicas entre as raças 'não' correspondem a variações relevantes do ponto de vista genético, chegando mesmo alguns autores (Jacquard, 1986) a afirmar que a distinção entre raças humanas carece de qualquer fundamentação científica da perspectiva da genética.

Estudos, tanto internacionais (Cavalli-Sforza, Menozzi & Piazza, 1996), como, mais recentemente, nacionais (Parra et al., 2003), demonstraram que a distribuição de determinados padrões genéticos nas diferentes populações humanas é bastante mais complexa do que se pensava antes, não conformando propriamente 'raças', mas sim grupos humanos definidos segundo outros recortes, como o da distribuição espacial e o da recursividade de determinadas interações sociais, como veremos a seguir. Assim, a população brasileira tida como 'branca' apresenta elevada freqüência de traços genéticos que caracterizam ancestralidade africana (Parra et al., 2003).

Retomando o raciocínio de Jacquard, não é que não exista variabilidade genética relevante nas populações humanas; ela, de fato, existe, só que em um sentido e uma intensidade completamente distintos daqueles sancionados pelas variações fenotípicas, como também pelas divisões culturais, nacionais etc. Essa variabilidade é muito mais pronunciada entre indivíduos (variação interindividual) do que entre grupos populacionais definidos a partir do critério de raça (variações inter-raciais) (Jacquard, 1986; Cavalli-Sforza, Menozzi & Piazza,1996).

Se, por um lado, não resta dúvida de que determinadas populações podem apresentar uma especial concentração de traços genéticos específicos (desde que tais traços tenham determinação genética relativamente simples), como, por exemplo, aqueles associados à anemia falciforme nas populações de cor preta, tais características específicas não subsidiam uma demarcação e contraposição de populações A e B, recortadas segundo o critério de raça.

Um Ponto de Vista

Considerando o que dissemos aqui, não seria mais fácil descartar qualquer consideração sobre raça como velharia histórica, destituída de qualquer sentido e alimentada apenas pelo preconceito? Uma resposta possível é: não! E por várias razões:

- As supostas distinções de raça ganharam, ao longo dos anos, uma cristalização cultural e social, e não é possível passar uma borracha por sobre séculos de injustiça e discriminação. Tal raciocínio serve de base às políticas contemporâneas de ação afirmativa, e possui igualmente uma base epistemológica mais profunda. Os fatos históricos determinam um afunilamento das possíveis bifurcações dos eventos cósmicos e/ou humanos, cristalizando, de forma tão arbitrária como marcante, determinadas trajetórias (Gell-Mann, 1995). A partir de supostas distinções de base biológica (ou de qualquer outra natureza), é possível estabelecer 'profecias autocumpridas' (na terminologia sociológica), ou 'acidentes cristalizados de trajetória' (na conceituação de Gell-Mann), quebrando as situações de equivalência anteriores e consolidando, na prática, distinções que são *a priori* arbitrárias

e/ou absurdas. Ou seja, é possível fazer com que populações tidas como 'inferiores' estejam inseridas em situações, de fato, desfavoráveis, como no exemplo dramático da escravidão, subvertendo o curso inicialmente não-determinístico das inter-relações entre 'raças' e culturas, forjando com isso desigualdades de dimensão profunda e longa duração no tempo. Compreender como as desigualdades raciais se configuram na atualidade em sociedades específicas é fundamental para o desenho de intervenções dirigidas para a sua redução.

- Uma segunda dimensão relevante é que, como já dissemos, apesar de não haver base genética para a subdivisão em raças no âmbito das populações humanas, não resta dúvida de que existem traços genéticos com distribuição concentrada em determinadas populações, segundo recortes diversos. Cite-se, a título de exemplo, a maior freqüência de determinadas patologias em grupos étnicos, como os judeus asquenazim,[2] que apresentam alta prevalência da doença de Tay-Sachs (que se caracteriza por deterioração do sistema nervoso central por depósito progressivo de uma substância denominada gangliosídeo GM2), fruto de mutação genética que afetou seletivamente esse grupo étnico, e, de forma particular (através de uma mutação adicional, subseqüente), os judeus lituanos (Risch et al., 2003).
- A auto e heterodefinição de grupos populacionais segundo raças ou etnias podem subsidiar divisões subseqüentes do ponto de vista geográfico, lingüístico etc. Essas assimetrias de ocupação do espaço físico e/ou cultural podem determinar profundas conseqüências sobre a saúde pública de vários pontos de vista; por exemplo, quanto à proximidade ou distância de contaminação ambiental, maior ou menor prevalência de doenças infecciosas em determinadas comunidades geográficas e/ou culturais, diferenças na prevalência de hábitos correlacionáveis a determinadas patologias (por exemplo, o hábito de fumar ou padrões de ingestão de bebidas alcoólicas) e mesmo padrões seletivos de interação social. Retornaremos a tais pontos mais adiante, mas importa aqui ter em mente a idéia de que diferenças inicialmente arbitrárias e/ou inexistentes podem gerar diferenças reais em um momento subseqüente, adquirindo, indiretamente, poder explicativo e capacidade de determinação.
- Como quarto e último item desta listagem sucinta, existe a questão do preconceito e estigmatização, e seus amplos desdobramentos, como, por exemplo, o acesso ao mercado de trabalho e/ou, uma vez havendo a inserção no mercado de trabalho, acesso às posições mais prestigiosas e bem remuneradas. Em um campo diretamente ligado à saúde pública e individual, existem as questões da discriminação racial e seus efeitos deletérios sobre a saúde, do acesso aos próprios serviços de saúde e da natureza e qualidade da atenção para aqueles inseridos nesse sistema.

Em suma, não levar em conta a questão racial como possível determinante das condições de saúde e elemento na formulação das políticas públicas pode significar a eliminação de um elo relevante da análise acurada dos determinantes em saúde e da proposição de estratégias de prevenção e atenção política e culturalmente sensíveis e efetivas.

Entretanto, cabe ao pesquisador analisar corretamente as possíveis imbricações e superposições dos determinantes sociais na explicação das doenças em saúde pública, a fim de evitar a

[2] Na Diáspora (literalmente, 'dispersão'), que se seguiu à destruição do Templo e ocupação da cidade de Jerusalém, os judeus se espalharam por diversos países, com forte presença na Europa. A denominação asquenazim (contraposta a sefaradi, derivada de *sefarad*, designação da Espanha na língua hebraica) se refere a comunidades judaicas da Europa Central e do Leste.

identificação de associações espúrias entre condições de saúde e raça. O emprego incorreto, indiscriminado e pouco acurado da variável raça em pesquisa na saúde pública tem levado várias revistas científicas, como o *New England Journal of Medicine* e o *British Medical Journal,* a definir conjuntos de normas e recomendações (*guidelines*) para a publicação de artigos de pesquisas que incorporaram esta categoria (Kaplan & Bennett, 2003). A nosso ver, apostar na continuidade das formulações conceituais anteriores é se colocar na contramão do que Bachelard (2003) denominou "o novo espírito científico", ou seja, a reflexão epistemológica que mostra que a ciência opera por saltos e descontinuidades, que redefinem progressivamente campos de análise e paradigmas (uma formulação algo similar sobre as assim denominadas 'revoluções científicas' foi amplamente discutida por Thomas Kuhn, 1996). A questão da raça traz novos desafios à saúde pública contemporânea e deve ser pensada de forma renovada, com um olho posto nas lições da história, mas outro sintonizado com a descontinuidade e a inovação.

No campo da epidemiologia das doenças infecciosas, por exemplo, é imperioso distinguir efeitos ocorridos ao nível dos indivíduos e ao nível das populações. Diversos autores têm tematizado a questão a partir dos estudos de redes sociais e aplicação de modelos espaço-temporais de disseminação de patógenos (Morris, 1997).

Apenas exemplificando uma questão que em muito ultrapassa os objetivos deste texto, é possível demonstrar que comportamentos de risco para uma patologia infecciosa específica (por exemplo, o HIV/Aids), em tudo comparáveis, podem dar lugar a resultados completamente distintos em contextos específicos. Basta que a autopercepção de raça dê lugar a regras de pareamento (influenciando, por exemplo, a escolha de parceiros em relações sexuais, namoros e casamentos) distintas do pareamento aleatório, para que possam coexistir, em uma mesma cidade ou comunidade, microepidemias de natureza e intensidade distintas.

Ou, em outras palavras, lançando mão de pesquisas norte-americanas recentes (Kottiri et al., 2002), se populações auto-identificadas como 'afro-americanas' se relacionarem seletivamente com redes sociais basicamente compostas de afro-americanos, e se entre estes afro-americanos existirem prevalências de fundo (*background prevalences*) mais elevadas para o HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) do que entre os autodenominados 'brancos' (o que, de fato, existe nos EUA), cada relação sexual desprotegida entre afro-americanos determinará um risco efetivo de transmissão do HIV/IST muito mais elevado do que entre 'brancos'. Ou seja, os riscos potenciais de uma relação sexual desprotegida continuarão, do ponto de vista biológico intrínseco, idênticos entre as diferentes populações recortadas segundo o critério raça, considerando equivalentes (o que, *grosso modo*, ocorre no mundo real) parâmetros como a dinâmica dos vírus, a imunidade do hospedeiro e a força da infecção. Por outro lado, esses riscos potenciais equivalentes se materializarão em riscos efetivos completamente distintos, dada a composição das redes sociais e os diferenciais de prevalência dos patógenos nestas redes. Enquanto a chance de haver uma interação entre uma pessoa infectada pelo HIV e uma não infectada é mínima se a prevalência de fundo for baixa, ela será elevada caso a prevalência de fundo para aquele patógeno seja elevada.

Mais do que isso, dado o efeito sinérgico do HIV e outras IST sobre a transmissão do conjunto de patógenos (vírus e bactérias) sexualmente transmissíveis, se uma dada rede social tiver prevalências de fundo mais elevadas para, simultaneamente, HIV e sífilis, do que outra, as chances de transmissão serão maiores, e este aumento será maior do que a simples adição de riscos, tendo natureza claramente multiplicativa (Funnye & Akhtar, 2003).

Com isso, fenômenos que, a princípio, não teriam qualquer base biológica – já que não há base genética para dividir a raça humana em subespécies e as patologias infecciosas não têm qualquer 'preferência' por esta ou aquela 'raça' hipotética – acabam por adquirir uma base biológica novamente fundada em contextos sociais específicos, particularmente naqueles caracterizados por marcada discriminação racial. Na contramão do reducionismo de teorias como a sociobiologia, a vida social não encontra aqui o seu fundamento na biologia, mas a biologia especificamente humana encontra aqui o seu fundamento na vida social.

Mas a questão está longe de se esgotar no campo das determinações primárias da doença. Seguindo com o mesmo exemplo, sabe-se que a comunidade afro-americana nos EUA, especialmente por intermédio de suas lideranças religiosas, se opôs energicamente à abertura de Programas de Troca de Seringa (entre outros programas de natureza semelhante, vistos como propostas inadequadas ou paliativas do *establishment* médico, dirigidas às minorias (Pickle, Quinn & Brown, 2002) em diversas localidades, sob o temor de que um novo experimento aos moldes de Tuskegee estivesse em curso, dessa feita não mais envolvendo a sífilis, como aquele, mas sim a reencarnação simbólica da ameaça posta pela sífilis nas primeiras décadas do século XX, o HIV/Aids, afecção letal e de rápida disseminação, em tudo comparável à difusão da sífilis nas décadas de 20 e 30 do século XX (Brandt, 1987).

Por essa razão, houve uma interação perversa entre o descaso das autoridades norte-americanas (que, por seu turno, até hoje, a despeito do sucesso dos Programas de Troca de Seringas em todo o mundo, continuam proibindo a utilização de verbas federais no financiamento desses programas) e a resistência das próprias comunidades. Tudo somado ao preconceito, às diversas barreiras de acesso aos serviços de saúde, voltados para o HIV/Aids ou não (por exemplo, as barreiras econômicas, dado o caráter eminentemente privado do sistema de saúde norte-americano), além da infinitamente menor disponibilidade de recursos das comunidades atingidas (comparados, por exemplo, aos recursos da comunidade *gay* afluente dos grandes centros urbanos norte-americanos, majoritariamente branca) para fazer frente à epidemia, não é difícil compreender os cursos completamente distintos da epidemia nas diferentes comunidades e populações norte-americanas (Greenland et al., 1996).

Só é possível lidar com questões como essa reconhecendo suas especificidades, analisando-as de forma detalhada e comparativa, para subsidiar intervenções efetivas e culturalmente apropriadas. O preço a pagar pela falta de atenção a essas questões é condenar segmentos populacionais extensos ao sofrimento desnecessário e à morte, aprofundar as divisões sociais e os preconceitos e mesmo reforçar os estereótipos pregnantes nesse campo, reeditando, no

campo das doenças infecciosas, as formulações racistas da discussão em torno da *Bell curve*, que, desconhecendo as características culturais e educacionais de segmentos específicos da população norte-americana, aplicavam testes padronizados em amostras supostamente representativas desses grupos. Os achados, invariavelmente desfavoráveis aos afro-americanos, eram sempre debitados na conta das supostas diferenças raciais no quociente de inteligência.

Outro Ponto de Vista

Uma característica da saúde pública é que ela é atravessada pelas demandas e práticas as mais diversas possíveis. E é a partir de um campo distinto, mas não menos pertinente e relevante – os ensaios clínicos com novos fármacos –, que acaba de ser expressa uma visão em tudo oposta àquela que expusemos anteriormente.

Em carta à revista *Science* (edição de julho de 2003), S. B. Haga e J. C. Venter (para esclarecer aqueles não familiarizados *a priori* com o seu nome, cabe explicar que J. Craig Venter é o pesquisador que desenvolveu um programa independente de decifração do genoma humano, a partir de seu ceticismo e críticas com relação ao programa oficial norte-americano) criticam acidamente a proposta de definição de raça a ser utilizada em ensaios clínicos pela FDA (Food and Drug Administration, órgão norte-americano responsável pela fiscalização de medicamentos e outros produtos de uso biomédico).

A perspectiva de Haga e Venter (2003) se baseia, a princípio, em raciocínio semelhante ao aqui exposto por nós, ou seja, na idéia de que a definição de raça carece de qualquer fundamentação biológica. Mas, embora partindo de um mesmo pressuposto e bibliografia similar, os autores chegam a conclusões distintas. Na ótica da farmacologia e da genética contemporâneas, propõem eles deixar de lado o conceito de raça (embora, mais adiante, não descartem a reanálise da questão por parte da FDA), que constituiria, segundo eles, um obstáculo a formulações de fato científicas na direção de uma 'farmacogenômica individualizada'. Para os autores, somente uma farmacogenômica individualizada pode dar conta das profundas variações interindividuais (que, como dissemos anteriormente, são muito maiores do que as variações interraciais) no âmbito da absorção, metabolização e ação terapêutica dos fármacos, fazendo com que a farmacologia contemporânea esteja em sintonia com o avanço das pesquisas no campo do genoma humano.

Não há como descartar *in limine* as formulações de Haga e Venter, embora nos pareça fundamental ponderar que existem fenômenos em saúde pública de caráter propriamente público e coletivo. Ou seja, não é possível pensar na difusão de doenças infecciosas (como fizemos anteriormente), a não ser a partir da análise das interações das redes sociais. Inclusive, todo o ferramental epidemiológico e estatístico é derivado do 'apagamento' de uma série de diferenças individuais em prol da dimensão propriamente coletiva, permitindo a construção de modelos que descrevem, aproximadamente, o comportamento dos fenômenos coletivos e os tratam na perspectiva da matemática e da estatística (Anderson & May, 1992).

Posto isso, vamos à segunda dimensão da crítica de Haga e Venter (2003): a inadequação dos critérios para classificação de raça tais como aqueles a serem utilizados pela FDA, propostos originalmente pelo OMB (US Office of Management and Budget) dos Estados Unidos. Essa é uma crítica bastante pertinente, pois critérios classificatórios de raça apresentam sérios problemas de validade e confiabilidade. Destituído de validade biológica, 'raça' é um construto social que varia no tempo, entre países e entre pessoas e grupos humanos.

Se o conceito de 'raça' além de carecer de fundamentação biológica, carece de base heurística como 'operador conceitual' para agrupar indivíduos (dado que, repetimos ainda uma vez, as variações interindividuais são muito mais pronunciadas dos que as intergrupais), a utilização da variável 'raça' representaria, na verdade, um obstáculo à adequada análise de ensaios clínicos. Aliás, tal polêmica já vem ocorrendo no campo das vacinas anti-HIV/Aids, a partir dos achados (inexplicáveis tanto do ponto de vista biológico como epidemiológico) de que um produto vacinal recentemente testado apresentava efeitos absolutamente contraditórios (que iam da absoluta ausência de efeitos até a proteção adequada dos indivíduos vacinados) em diferentes subgrupos de voluntários, definidos a partir dos critérios de raça/etnia do OMB (é possível acompanhar o debate no *site* da revista virtual *Aidscience*, www.aidscience.com).

Classificar: Se Sim, Como?

Classificações só são úteis em ciência caso demarquem na realidade alguma divisão que balize o raciocínio e subsidie a formulação de previsões e/ou intervenções. Da mesma forma que os modelos, as classificações são um 'mal necessário', e sempre envolvem algum grau de simplificação da realidade. Por outro lado, o raciocínio humano não consegue lidar com a complexidade do mundo sem proceder a algumas simplificações e operar a partir de algumas regularidades. A questão central, então, é: partindo-se do pressuposto de que a classificação das populações humanas tem alguma utilidade do ponto de vista da ciência (ainda que não fundamentada na biologia), cabe explicitar seus fundamentos e avaliar seu potencial heurístico.

Uma análise detalhada sobre a gênese e lógica das classificações de raça em sua aplicação em saúde pública foi desenvolvida por um de nós (CT), em texto independente. Destacaremos aqui alguns pontos dessas reflexões.

A gênese e a lógica que presidem a formulação e a utilização de classificações de raça/etnia em saúde pública nos diferentes países são bastante diversas. Ilustraremos a questão com um breve resumo da questão nos EUA e no Brasil, países explicitamente mencionados por Haga e Venter (2003) como caracterizados por uma importante diversidade racial, étnica e cultural.

A sociedade norte-americana é, sem dúvida, uma sociedade atravessada historicamente pela questão racial e seus diferentes corolários, o mais das vezes sob a forma de discriminação velada ou explícita. A variável 'raça' vem sendo medida pelos censos norte-americanos desde 1790. Por outro lado, a variável 'classe' está total ou quase totalmente ausente das diferentes

estatísticas sociais norte-americanas, como se a estratificação por 'raça' subsumisse a estratificação social por classes (no pólo oposto da saúde pública brasileira, até muito recentemente), e esta última não existisse de fato.

Uma situação completamente distinta se observa na Inglaterra, onde a variável 'classe' foi incluída nos censos nacionais desde o século XIX e a variável 'raça' foi introduzida recentemente, em 1991.

A classificação norte-americana de raças tem sido alterada seguidamente, o que faz com que não existam na história dos censos norte-americanos dois censos que tenham utilizado uma mesma classificação de raça. Também o critério de atribuição de raça tem variado, tendo passado de um critério dependente do observador (vigente até 1960) para um critério de autoclassificação (em vigor desde então).

O que sobressai na (mutável) classificação norte-americana é ser ela tributária de um conceito de ancestralidade e não das características fenotípicas (ou seja, aparentes) dos indivíduos. A origem dessa classificação está na legislação sulista, que designava como 'não-branco' qualquer indivíduo que tivesse 'sangue negro' (ainda que 'uma gota', até a geração de seus bisavós). A despeito das inúmeras variações ao longo do tempo das categoriais raciais utilizadas nos EUA, a classificação majoritária 'brancos' sempre se contrapôs a um variável contingente de 'não-brancos'.

O OMB padronizou, em 1977, uma classificação racial a ser utilizada por todos os órgãos federais norte-americanos, exatamente a criticada na carta de Haga e Venter (2003). A classificação do OMB contempla um mínimo de quatro (atualmente cinco, após revisão) categorias raciais, além de duas categorias 'étnicas' (hispânico e não-hispânico).

A argumentação a favor da utilização nas estatísticas nacionais da variável raça por parte dos movimentos sociais foi de que, uma vez existindo discriminação baseada em critérios raciais, cabe registrá-la sistematicamente, tornando-a explícita, e permitindo o monitoramento das desigualdades daí decorrentes. Embora concordemos com essa argumentação, a partir do exposto em nossa argumentação acerca da disseminação do HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis, e da necessidade de responder adequadamente a elas, cabe observar que a coexistência de um desejo de minimizar (e idealmente abolir) as desigualdades sociais baseadas na raça e a utilização de uma classificação cuja gênese tem raízes exatamente na história dessas desigualdades não é trivial. A situação, para a qual, pensamos nós, não há respostas simplistas, se assemelha à bravata do personagem Barão de Münchausen, que dizia ter se salvado da morte em um pântano ao puxar-se para fora pelos próprios cabelos.

No Brasil, ao contrário dos EUA, a classificação racial tem sua gênese numa estratificação baseada na aparência, e não na ancestralidade. Na verdade, a aparência (cor da pele) no Brasil se combina à posição social, embranquecendo ou escurecendo a aparência física de acordo com

a conveniência das convenções e os preconceitos sociais. A sociedade brasileira, basicamente miscigenada, elegeu como paradigma da fluidez da sua classificação racial a categoria dos 'pardos', e suas quase infinitas variantes e denominações populares. Entretanto, mais recentemente a posição política adotada pelo Movimento Negro no país preconiza uma classificação discreta (brancos e negros), à luz da classificação norte-americana. Entre uma variedade de considerações que podem ser feitas sobre essa proposta, destaca-se sua inadequação para classificar nas pesquisas de saúde pública as populações miscigenadas, e em particular em populações muito miscigenadas como a população brasileira.

Notas Quase Finais

O debate prossegue e está aberto. Não é possível, a nosso ver, optar, por ora, pela alternativa proposta por Haga e Venter (2003) de descartar *a priori* a raça como variável válida no campo da saúde pública, uma vez que esta pode carecer de base biológica, mas não necessariamente de valor heurístico para a pesquisa e predição/intervenção. Isso talvez pudesse ser proposto caso fosse possível combinar, a um só tempo, análises de fato individualizadas e de caráter coletivo dos fenômenos no campo da saúde pública. Apesar de tentativas muito recentes no campo das doenças infecciosas, tais esforços se limitam, até o momento, à biologia e dinâmica dos agentes infecciosos (Dieckmann et al., 2002), mas não abrangem a dinâmica social dos seres humanos.

Enquanto existirem modos específicos de viver e adoecer que possam ser explicados parcialmente pela construção social da idéia de raça, e enquanto houver desigualdades a serem monitoradas e minimizadas (ou eliminadas) não nos parecerá possível descartar a mensuração desta variável. A grande questão aqui é saber 'o que' estamos medindo e 'como', e tentar evitar, na medida do possível, a circularidade de fenômenos e estratégias destinadas a avaliá-los.

Uma aposta que nos parece válida é investir em um refinamento progressivo das medidas das 'formas de andar a vida', através de classificações multiaxiais, tendo em mente, porém, que as estratégias de mensuração no campo da saúde pública não podem perder de vista sua praticidade, tanto para os que preenchem tais informações como para aqueles que as consultam, em sua ampla maioria profissionais não especializados em disciplinas quantitativas.

A presente situação de circularidade do conceito 'raça' e suas respectivas técnicas de mensuração lembra o sonho do químico alemão Kekulé com uma serpente que mordia seu próprio rabo. O aparente impasse sonhado (e superado) pelo químico teria dado origem à representação dos anéis dos compostos orgânicos (à base de carbono) e, com isso, à química orgânica como a conhecemos hoje. Oxalá nossos impasses atuais possam dar lugar a formulações não apenas cientificamente válidas, mas socialmente úteis e justas.

Referências Bibliográficas

AMADO, J. *Tenda dos Milagres*. São Paulo: Martins, 1969.

ANDERSON, R. M. & MAY, R. M. *Infectious Diseases of Humans: dynamics and control*. New York: Oxford University Press, 1992.

ARENDT, H. *Eichman in Jerusalem: a report on the banality of evil*. London: Penguin Books, 1994.

BACHELARD, G. *Le Nouvel Esprit Scientifique*. Paris: PUF, 2003 [1934].

BRANDT, A. *No Magic Bullet: a social history of venereal disease in the United States since 1880*. Oxford: Oxford University Press, 1987.

CAVALLI-SFORZA, L. L.; MENOZZI, P. & PIAZZA, A. *The History and Geography of Human Genes*. Princeton: Princeton University Press, 1996.

COSTA, J. F. *História da Psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Campus, 1981.

DIECKMANN, U. et al. (Eds.) *Adaptative Dynamics of Infectious Diseases: in pursuit of virulence management*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002.

FUNNYE, A. S. & AKHTAR, A. J. Syphilis and human immunodeficiency virus co-infection. *Journal of the National Medical Association*, 95(5):363-82, 2003.

GELL-MANN, M. *The Quark and the Jaguar: adventures in the simple and the complex*. New York: W. H. Freeman & Co., 1995.

GREENLAND, S. et al. Evidence for recent growth of the HIV epidemic among African-American men and younger male cohorts in Los Angeles County. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 11(4):401-409, 1996.

HAGA, S. B. & VENTER, J. C. Genetics@: FDA races in wrong direction. *Science*, 301(5.632):466, 2003.

JACQUARD, A . *L'Héritage de la Liberté*. Paris: Seuil, 1986.

JONES, J . *Bad Blood: tuskegee syphilis experiment*. New York: Free Press, 1993.

KAPLAN, J. B. & BENNETT, T. Use of race and ethnicity in biomedical publication. *Journal of the American Medical Association*, 289(20):2.709-2.716, 2003.

KINCHELOE, J. L.; STEINBERG, S. R. & Gresson, A. D. (Eds.) *Measured Lies: the Bell curve examined*. New York: St. Martin's Press, 1997.

KOTTIRI, B. J. et al. Risk networks and racial/ethnic differences in the prevalence of HIV infection among injection drug users. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 30(1):95-104, 2002.

KUHN, T. *The Structure of Scientific Revolutions*. 3.ed. Chicago: University Of Chicago Press, 1996.

MORRIS, M. Sexual networks and HIV. *Aids*, 11(suppl.A):S209-S216, 1997.

PARRA, F. C. et al. Color and genomic ancestry in Brazilians. *Proceedings of the National Academy of Science – USA*, 100(1):177-182, 2003.

PICKLE, K.; QUINN, S. C. & BROWN, J. D. HIV/Aids coverage in Black newspapers, 1991-1996: implications for health communication and health education. *Journal of Health Communication*, 7(5):427-444, 2002.

RISCH, N. et al. Geographic distribution of disease mutations in the Ashkenazi Jewish population supports genetic drift over selection. *American Journal of Human Genetics*, 72(4):812-822, 2003.

25. ETNICIDADE, RAÇA E SAÚDE NO BRASIL: QUESTÕES E DESAFIOS

Simone Monteiro
Marcos Chor Maio

Nos últimos anos, as relações entre raça/etnia e saúde vêm adquirindo novos significados a partir das tentativas de criação de um campo de reflexão e intervenção política voltado para a denominada 'saúde da população negra' no Brasil. As interfaces entre raça, medicina e saúde – tendo o negro como objeto privilegiado de reflexão – estiveram em voga entre as últimas décadas do século XIX e os anos 1940, perpassadas pelos desafios políticos e intelectuais da construção da nação no período após a Abolição e o advento da República, da definição de uma identidade nacional e da integração de segmentos sociais marginalizados. A literatura sobre esse período destaca a concorrência entre matrizes do pensamento científico da época (Maio, 2004). Predominou, então, um acento a-racialista na tradição neo-hipocrática, em sua tradução tropical, do século XIX, ou no legado sanitarista dos primórdios do século XX (Ferreira, 2001; Lima & Hochman, 1996). A medicina legal, por sua vez, nesse período, sob a influência da antropologia física e da 'higiene mental', assumiu papel de relevo na construção de uma vertente determinista biológica (Corrêa, 1998; Skidmore, 1993 [1974]).

As diversas nuances dos vínculos entre biologia e teoria social ou entre conhecimento científico e movimentos sociais no Brasil têm na eugenia um caso paradigmático, na medida em que coloca em evidência o binômio raça-saúde. As experiências históricas anglo-saxãs, do norte da Europa, ou as latinas sugerem os limites da possibilidade se atribuir uma associação imediata entre eugenia e nazismo. O caso brasileiro é um indicador preciso das diferentes apropriações do saber eugênico: o higienismo oitocentista e o sanitarismo dos primeiros decênios do século passado sedimentaram a crença de que a inserção dos brasileiros no processo civilizatório passava obrigatoriamente pela saúde e pela educação (Stepan, 1991). Na década de 1930, esse enfoque médico-sanitário teve importantes reflexos nos estudos socioantropológicos, contribuindo para que gradativamente uma visão culturalista deslocasse enfoques racialistas ainda vigentes à época.

Com o fim da Segunda Guerra Mundial e da ditadura estadonovista, momento em que o Brasil experimenta o processo de democratização, privilegia-se o tema das desigualdades

sociais, inclusive com recorte étnico-racial, na perspectiva das ciências sociais (Maio, 1999). Na esfera da saúde pública prevalecem os elos entre saúde e desenvolvimento nos anos 1950 e 1960 e, a partir dos anos 1980, consolida-se o projeto de universalização do acesso à saúde, que se materializa no Sistema Único de Saúde (SUS) (Escorel, 1999). Nesse período, a tradição universalista e a ideologia anti-racialista à brasileira não atribuíram importância à temática racial como questão de saúde pública.

Só na virada do século XX o tópico adquire crescente relevância. É em função dessa visibilidade que se pretende aqui abordar o processo de formação de um domínio específico na esfera da saúde pública direcionada para a população negra. Para isso, analisa-se, a princípio, o contexto em que surge esse campo e sua agenda científica e política. Em seguida, discutem-se pontos controversos que emergem da literatura contemporânea, sobretudo a norte-americana, acerca das relações entre raça e saúde.[1]

Políticas de Saúde com Recorte Racial

Documentos recentes de órgãos internacionais, como o Pnud e a Opas (2001), e do Ministério da Saúde (2001) explicitam o objetivo de criar um campo de pesquisa e de intervenção voltado para a saúde da população negra no Brasil, que inclui a produção de conhecimento científico, a capacitação de profissionais da saúde, a divulgação de informações para a população e a atenção à saúde. Foi editado o 'Manual de doenças mais importantes por razões étnicas da população brasileira afro-descendente', que descreve as doenças que "apresentam evidências científicas bem consolidadas de serem mais freqüentes na população negra brasileira em decorrência de fatores étnicos: anemia falciforme, deficiência de 6-glicose-fosfato-desidrogenase, hipertensão arterial, doença hipertensiva específica e *diabetes mellitus*". Por meio da definição das causas, das manifestações clínicas, das indicações terapêuticas e do prognóstico, o referido manual tem por objetivo promover uma "abordagem clínica mais adequada destas doenças em pacientes negros" (MS, 2001:7).

Tem sido crescente o interesse pelo tema das relações entre raça/etnia e saúde, com ênfase na população negra, entre pesquisadores do campo da saúde coletiva e militantes de movimentos sociais. Uma análise das publicações e informes da Rede Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos[2] (http://www.redesaude.org.br) forneceu evidências da presença da temática das relações étnico-raciais: nas notícias da imprensa (jornais de circulação nacional); em eventos (seminários, palestras, audiências públicas) promovidos por organizações da sociedade civil, instituições acadêmicas e por agências estatais nas áreas do ensino, saúde e cultura; em publicações diversas (livros, boletins e revistas de divulgação científica), assim como em concursos de

[1] Agradecemos a colaboração de Danielle Moraes, Jacqueline Torres e Carla Xavier no trabalho de revisão bibliográfica.

[2] A RedeSaúde é uma articulação do movimento de mulheres do Brasil. Fundada em 1991, reúne 182 grupos feministas e pesquisadoras que desenvolvem trabalhos políticos e de pesquisa nas áreas da saúde da mulher e dos direitos reprodutivos. É composta por nove regionais, organizadas nos estados de PA, RS, PE, MG, SP, RJ, PB, GO e DF.

teses, prêmios e linhas de financiamento para projetos. Foram consultados os boletins eletrônicos Saúde Reprodutiva na Imprensa, os informativos eletrônicos da RedeSaúde e os jornais da Rede Feminista de Saúde, divulgados no período de janeiro de 2001 a julho de 2003, assim como os demais conteúdos da página da RedeSaúde referentes aos dossiês, artigos e dados, campanhas, folhetos e cartilhas.

Na produção acadêmica, observa-se que os estudos sobre a saúde da população negra no Brasil não são expressivos, mas vêm crescendo. É digno de nota que no VII Congresso de Saúde Coletiva de 2003 tenham sido apresentados 61 trabalhos relativos à saúde da população indígena e 16 voltados para a saúde da população negra. Os 16 resumos focalizaram práticas culturais, reflexões sobre o conceito de raça nas ciências médicas, políticas de saúde e desigualdades raciais na área da assistência e em estudos epidemiológicos.

O levantamento de artigos na base de dados do SciELO[3] também revelou abordagens sobre o tema em foco. A procura pelas palavras 'saúde' e 'raça' nos campos 'todos os índices'[4] resultou em 29 trabalhos. A maioria dos artigos, no caso 20, são relativos à epidemiologia ou à clínica aplicadas ao campo da medicina veterinária ou da biologia. Entre os demais trabalhos, quatro constituem-se em estudos epidemiológicas que incluem a variável raça na análise de doenças e de um serviço de saúde; dois são estudos demográficos que problematizam a categorização racial dos instrumentos de coleta de dados da Pesquisa Nacional de Demografia (PNAD/Brasil) de 1998 e do National Health Interview Survey (NHIS/EUA) de 1996. Os outros três artigos são investigações na área das ciências sociais, sendo duas abordagens históricas[5] e uma análise contemporânea sobre as desigualdades raciais entre mulheres no Rio Grande Sul.

A busca pela palavra 'etnia' no campo 'todos os índices' da base de dados do SciELO resultou em 12 artigos, diferentes dos 29 citados anteriormente. Dos 12 trabalhos encontrados, cinco são estudos epidemiológicos que apresentam a origem étnica (p. ex., populações indígena, negra ou nipo-descendentes) como uma variável na análise dos agravos à saúde. Dois tratam da temática da educação[6] e os outros cinco abordam a formação de identidades étnicas e de gênero. Considerando-se o atual debate sobre o significado e utilização dos termos 'raça' e 'etnia', que mais adiante será analisado, é interessante destacar que o universo dos 41 (29+12) artigos mencionados não só revela um uso diferenciado das palavras 'raça' e 'etnia' na produção acadêmica, como indica a ausência de uma justificativa para a opção por um ou outro

[3] SciELO (Scientific Electronic Library Online) é uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de 105 periódicos científicos brasileiros. (http://www.scielo.br). Devem-se registrar alguns limites desse levantamento, na medida em que ele não incluiu produções importantes como livros e teses e outros periódicos.

[4] Por meio dessa busca, o programa procura os termos selecionados entre todas as palavras do artigo (título, corpo, referências)

[5] Um dos trabalhos analisa a identidade profissional da enfermagem e a literatura médica brasileira sobre a peste branca (tuberculose).

[6] Um dos artigos da área da educação ressalta o papel da escola na manutenção da tradição de um grupo de imigrantes alemães no Espírito Santos; o outro discute as implicações de atitudes discriminatórias em relação à população negra no contexto escolar.

termo. A palavra 'raça' prevalece nos estudos de medicina veterinária e biologia, nas análises demográficas e nas abordagens históricas. A palavra 'etnia' está mais presente nos trabalhos relativos à identidade étnica e a grupos populacionais diversos como os índios, negros, nipo-descendentes e imigrantes alemães. A pesquisa das palavras 'negro' ou 'negra' e 'saúde' no SciELO gerou 16 artigos; apenas um deles já havia sido incluído nos levantamentos anteriores. Desse total, há duas abordagens sobre políticas de saúde voltadas para negros e índios, sendo que a maior parte dos trabalhos trata dos agravos à saúde entre as populações negra e indígena, do ponto de visto clínico ou epidemiológico.

Ainda sobre a produção acadêmica brasileira, uma revisão bibliográfica anterior (Monteiro, 2004) indicou que nas análises sobre saúde da população negra, produzida em sua maioria por mulheres negras, predomina o argumento segundo o qual a invisibilidade do recorte étnico-racial nas pesquisas da área da saúde pública decorre do não-reconhecimento da existência de racismo na sociedade brasileira. Pondera-se que as desigualdades raciais na área da saúde têm sido tradicionalmente interpretadas a partir de fatores associados às disparidades socioeconômicas. Em termos dos agravos à saúde, ressalta-se a maior prevalência entre a população feminina negra de diabetes tipo II, miomas, hipertensão arterial e anemia falciforme, que podem promover abortamento espontâneo, maior suscetibilidade às infecções, entre outros problemas. Além dos efeitos do racismo na produção das desigualdades em saúde, é salientada a importância da identificação das doenças étnico-raciais, em termos dos seus determinantes genéticos e/ou socioeconômicos.[7]

Os argumentos acerca das repercussões do racismo na saúde e da necessidade de caracterizar os fatores genéticos e socioeconômicos dos agravos étnico-raciais têm fundamentado a proposta de criação de um campo de pesquisa e de intervenção voltado para a saúde da população negra, descrita no documento Política Nacional de Saúde da População Negra (2001).

Nesse documento, produzido por profissionais de diversas organizações internacionais, do movimento social negro e de representantes de instituições universitárias,[8] afirma-se que a participação brasileira na Conferência Mundial Contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e Intolerâncias Correlatas, realizada em Durban, em agosto de 2001, produziu um "ambiente favorável" para uma atuação "mais incisiva na superação das desvantagens sociais geradas pelo racismo" (Política Nacional, 2001:5).

Ainda segundo esse documento, a inclusão da temática raça nas ações de promoção da equidade em saúde foi impulsionada pelo Plano de Ação da Conferência Regional das Américas Contra o Racismo, no qual há uma requisição para que a Opas "promova ações para o

---

[7] Ver: Barbosa (1998); Oliveira (1999); Olinto & Olinto (2000) e Jornal da RedeSaúde (2001).

[8] Participaram da elaboração do documento um sanitarista, um consultor legislativo, sete membros de organizações internacionais (Unicef, Unesco, Pnud, Opas, UNDCP, GT-Unaids), um da Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro, cinco profissionais de organizações do movimento social (Amma, Criola, RedeSaúde, Fala Preta, Associação Anemia Falciforme) e três de Universidades Federais (UFBa, UFF, UFMT).

reconhecimento da raça/grupo étnico/gênero como variável significante em matéria de saúde e desenvolva projetos específicos para a prevenção, diagnóstico e tratamento de pessoas de descendência africana" (Política Nacional, 2001:5). A formulação de políticas públicas centradas na saúde da população negra é justificada pelas evidências de que a "discriminação racial leva a situações mais perversas de vida e de morte", pela interpretação dos dados do Ipea sobre as desigualdades entre negros e brancos quanto à escolaridade, à renda e ao saneamento e pelo fato de a universalidade dos serviços, garantida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), não ser suficiente para "assegurar a equidade (...) ao subestimar as necessidades de grupos populacionais específicos", colaborando para o agravo "das condições sanitárias de afro-brasileiros" (Política Nacional, 2001:6, 7).

O texto do documento inclui a classificação dos agravos mais freqüentes na população negra no Brasil, segundo quatros categorias, a saber: 1) geneticamente determinadas (anemia falciforme e deficiência de G6PD) ou dependentes de elevada freqüência de genes responsáveis pela doença ou a ela associadas (hipertensão arterial sistêmica e diabetes melito); 2) adquiridas, derivadas de condições socioeconômicas desfavoráveis (desnutrição, mortes violentas, DST/Aids, doenças do trabalho, transtornos mentais), decorrentes do racismo e transtornos derivados como alcoolismo e toxicomania; 3) de evolução agravada ou tratamento dificultado (hipertensão arterial, diabetes melito, coronariopatias, insuficiência renal crônica, câncer, mioma); 4) condições fisiológicas alteradas por condições socioeconômicas (crescimento, gravidez, parto, envelhecimento).

Ao final, são feitas recomendações para uma política nacional focada na saúde da população negra, constituída de quatro componentes:

- 'Produção de conhecimento científico', tendo em vista: a introdução do quesito cor e outras variáveis associadas à equidade em saúde nos sistemas de informação; a produção de estatísticas vitais e análise epidemiológica da morbimortalidade por doenças transmitidas geneticamente e agravadas por condições de vida; a sistematização da bibliografia existente; o apoio técnico-científico e financeiro à criação de núcleos de estudos e linhas de pesquisa sobre a saúde da população negra.
- 'Capacitação dos profissionais da saúde' por meio de treinamentos acerca da coleta de dados primários, das doenças prevalentes na população negra e da "medicina de matriz africana"; da promoção de eventos e elaboração de material didático sobre o tema; da formulação de proposta ao Ministério da Educação para a introdução da saúde da população negra como tema transversal nos ensinos médio e superior.
- 'Informação da população' por meio da distribuição de material informativo, de campanhas educativas de massa e do estabelecimento de parcerias com os movimentos sociais, incluindo a atuação de organizações comunitárias e não-governamentais como multiplicadoras da informação.
- 'Atenção à saúde' por meio da instituição, no Conselho Nacional de Saúde, da Comissão Intersetorial de Saúde da População Negra; da criação de órgãos/equipes no Ministério da Saúde para formulação de políticas de saúde específicas e definição de protocolos básicos

> de ação; da focalização da saúde da população negra nas ações programáticas do SUS; da valorização dos "espaços tradicionais de matriz africana como pólos de difusão de saberes e práticas de promoção da saúde da população negra"; da implementação do Programa de Anemia Falciforme; da alocação eqüitativa em áreas de concentração de população afro-descendente e do acesso ampliado aos serviços.

A importância atribuída às relações entre raça/etnia e saúde, especialmente voltada para a 'saúde da população negra' no Brasil, resulta, em parte, da ampliação das pesquisas sociológicas, nos últimos 20 anos, sobre as desigualdades raciais no Brasil, da centralidade que o racismo assumiu na agenda de discussões de instituições intergovernamentais (Onu, Unesco, Opas) e das críticas ao alegado fracasso de projetos universalistas que não teriam levado em consideração a variável raça no combate às iniqüidades sociais. Acrescente-se o fato da ascensão do movimento social negro, que vem se constituindo num importante grupo de pressão. Essa visibilidade deve-se às conexões transnacionais com seus congêneres, especialmente o norte-americano, as parcerias com ONGs, universidades – apoiadas por fundações filantrópicas americanas, européias e agências multilaterais –, a inserção de seus militantes em aparatos estatais, nas esferas municipal, estadual e federal e, particularmente, nas gestões recentes de Fernando Henrique Cardoso (1994-2002), ou do atual presidente Luiz Inácio Lula da Silva, na qual foi criada a Secretaria de Promoção da Igualdade Racial. É nessa conjuntura política que vem adquirindo maior destaque o debate sobre a formulação e implementação de políticas específicas voltadas para a população negra, inclusive na área da saúde.

O debate acerca da definição de uma agenda nacional direcionada à população negra a ser incorporada pelo Ministério da Saúde vem acompanhado pela intenção de se reforçar identidades primordiais, influenciadas pela política de reconhecimento. A posição de Pinto e Souza elucida bem esse projeto. Para elas,

> nesse contexto de discussão, novos atores apresentam-se na cena social para apontar a necessidade de dados sobre a situação de saúde da população negra. A produção de informação passou então a ser um forte componente para a construção e fortalecimento da identidade negra. (Pinto & Souza, 2002:1.144)

Nessa perspectiva da 'política de identidade', o Programa Nacional da Anemia Falciforme adotado pelo governo Fernando Henrique Cardoso, a partir de uma demanda do movimento social negro, é um bom exemplo da tentativa de racialização de uma doença. Ainda mais quando se considera que a anemia falciforme tem sido objeto de intenso debate nos EUA em função da sua história estar vinculada à racialização, ou seja, à denominação 'doença de negros' (Fry, 2003; Diniz & Guedes, 2003).

Pontos Controversos na Literatura

Um olhar para a produção acadêmica biomédica, em particular a norte-americana dos últimos anos, revela que as investigações sobre as desigualdades em saúde associadas à origem

étnica/racial apresentam debates que podem contribuir para iluminar as diretrizes das políticas brasileiras nesta área. A despeito das especificidades sócio-históricas e culturais das relações étnico-raciais nas diversas sociedades (Maio & Santos, 1996), considera-se que uma visão sobre os estudos internacionais pode colaborar para uma reflexão sobre a trajetória brasileira neste campo. Optou-se, assim, por apresentar indagações, presentes na literatura, relativas à caracterização de fatores genéticos das chamadas doenças étnico-raciais; à variação nos sistemas de classificação segundo a origem étnico-racial nas estatísticas populacionais e aos efeitos da discriminação étnico-racial na saúde.

Uma discussão relevante nas análises sobre raça/etnia e saúde tem por base os dados sobre o maior risco da população negra, quando comparada à população branca, no que diz respeito aos agravos crônicos, como hipertensão arterial, diabetes melito e doença renal terminal. A constatação de que no mesmo estrato social há casos, como a hipertensão arterial, em que a população negra apresenta taxas de sobremortalidade e sobremorbidade em relação à população branca, fundamentou a hipótese de que o fator genético influencia na determinação da doença relacionada à origem racial/étnica. Tal hipótese, utilizada como um dos fundamentos para a constituição de um programa de saúde voltado para a população negra, tem sido alvo de questionamentos, de ordem metodológica e conceitual, na literatura biomédica. Uma das controvérsias acerca da presença de traços genéticos entre grupos étnico-raciais (p. ex., negros, índios) deve-se ao fato de os agravos, em geral, resultarem da interação de fatores diversos, de natureza histórica, econômica e psicossocial, não estando restritos à dimensão biológica.

Argumenta-se ainda que a produção científica na área da saúde não compartilha de uma definição comum acerca das noções de raça e etnia e que a falta de consistência conceitual põe em questão a interpretação das diferenças nos indicadores de saúde entre os grupos étnico-raciais (Anand, 1999; Ferreira, Pedrosa & Oliveira, 2003). Tendo por base um estudo sobre a ausência de clareza conceitual do termo raça nos artigos do *South African Medical Journal*, Ellison e De Wet (1997) sustentam que o uso da categoria raça é inevitável nas pesquisas de saúde, principalmente na análise do racismo. Todavia, é preciso estar atento aos riscos de, ao se afirmar o conceito biológico de raça, gerar-se interpretações equivocadas sobre as causas das disparidades raciais na saúde e reforçar o preconceito racial. McDermott (1998), por sua vez, assinala os perigos e as conseqüências éticas da associação acrítica entre doença e raça, a partir do questionamento da hipótese da base genética (hipótese do *Thrifty genotipe*) como causa explicativa para a epidemia de diabetes, principalmente nas sociedades indígenas do período pós-colonial. O autor problematiza as evidências, sustentadas em dados epidemiológicos, que apóiam a teoria sobre a presença de um fator genético imutável ao invés de heranças ou fatores metabolicamente adaptados e, conseqüentemente, mutáveis que tornam grupos étnicos mais vulneráveis. Na sua visão, o paradigma do determinismo biológico exclui a análise dos determinantes sociais de uma doença e, conseqüentemente, prejudica a adoção de medidas de assistência e prevenção.

Ainda dentro de uma perspectiva crítica, há questionamentos mais contundentes sobre a pertinência do uso da categoria raça no campo da saúde, como o de Fuller (2003), que afirma

que apesar de o racismo influenciar a ocorrência de disparidades em saúde, a solução não está na ênfase na construção de grupos raciais. Apoiada em estudos que revelam que doenças – como hipertensão, câncer de próstata, baixo peso ao nascer, mortalidade infantil e melanoma – são afetadas pela interação do grau de pigmentação, de exposição à radiação do ultravioleta B e dos níveis de vitamina D, a autora sustenta que a compreensão das disparidades em saúde deve ser orientada pelo contraste entre o fenótipo e o ambiente, e não pela reunião de grupos heterogêneos – na sua visão os grupos raciais são muito heterogêneos –, cujos indivíduos pouco compartilham em termos de fenótipo, cultura e/ou comportamento. Fuller sugere que as desigualdades em saúde podem estar relacionadas ao impacto das diferenças ambientais na biologia individual.

Os estudos no campo da genética das populações, que introduzem novas interpretações, nem sempre convergentes, em relação às desigualdades étnico-raciais na área da saúde, também têm notável repercussão. O trabalho de Cooper (2003) expressa uma dessas vertentes ao apresentar uma visão crítica sobre as contribuições da genética molecular para as pesquisas sobre raça e saúde. Segundo o autor, as evidências de que a raça ou 'ancestralidade continental' tem um significado genético são insuficientes. A maioria das variações genéticas associadas às doenças não são traços raciais, mas mutações randômicas em subpopulações ou o resultado de seleções regionais particulares associadas a grupos populacionais específicos.[9] A seu ver, até o momento não há provas de que o padrão de doenças crônicas, como a hipertensão, é definido por algum grau genético substancial. Isso significa dizer que, embora sejam demonstradas variações genéticas em doenças raras (talassemia, anemia falciforme), a susceptibilidade alegada para a distribuição das doenças comuns, que envolvem condições complexas com larga distribuição mundial como diabetes e doença do coração, tendem a ser 'pan-étnicas'.

Karter (2003) observa que há problemas de consistência na classificação populacional segundo o recorte racial. No entanto, tendo por base numerosos exemplos de diferenças raciais em doenças (câncer de próstata, glaucoma) e respostas terapêuticas – que persistem após a análise de potenciais confundidores[10] (acesso a cuidado, *status* socioeconômico) –, o autor alega que é pertinente utilizar a classificação racial nas pesquisas em saúde. Concorre ainda para o seu argumento o reconhecimento de que em determinados contextos, como o dos EUA, a qualidade e o acesso aos cuidados em saúde variam conforme os grupos étnico-raciais e as condições socioeconômicas.

A consistência dos sistemas de classificação dos grupos étnico-raciais nas estatísticas populacionais tem sido debatida na produção acadêmica sobre raça, etnia e saúde. No caso norte-americano, segundo análise de Williams (1999) sobre *surveys* de base populacional, há proble-

[9] Nas palavras do autor: "Most known genetic variation that are disease associated are random mutations in sub populations or result from specific regional selection; these are clearly not racial traits, in continental sense. This result occurs because most monogenic disorders are caused by mutations of recent origin and they are therefore restricted to a smaller breeding population than represented by continents" (Cooper, 2003:24)

[10] Confundidores são considerados vieses capazes de comprometer a análise.

mas na classificação étnico-racial, a saber: a discrepância entre a definição de raça dada pelo entrevistador e pelo respondente, a inconsistência de dados ao longo dos anos e a dificuldade de se definir a raça quando os pais têm *status* racial-étnico diferenciado, entre outros. Tais variações são expressivas quando se leva em conta que a classificação de raça/origem étnica nos Estados Unidos se orienta pelo conceito de ancestralidade e pelo modelo bipolar (branco e negro), enquanto na sociedade brasileira a classificação é informada pela aparência física (fenótipo) e por fatores socioeconômicos, operando em um amplo contínuo de cor. O padrão classificatório no Brasil é freqüentemente caracterizado pela fluidez (indeterminação, subjetividade e dependência contextual) em sua aplicação (Silva, 1994).

A atualidade deste debate pode ser ilustrada pelo artigo de Sondik e colaboradores (2000) acerca das possíveis implicações para as políticas e as pesquisas em saúde pública, decorrentes das mudanças no sistema de classificação étnico-racial utilizadas no Censo de 2000 nos EUA, que inclui quatro categorias raciais (asiático ou nativo das ilhas do Pacífico, branco, índio americano ou nativo do Alaska e negro) e duas categorias étnicas (hispânico e não-hispânico),[11] sendo permitida a classificação em mais de um grupo racial-étnico (*multiple race reporting*). Pondera-se ser necessário investigar se existe alguma especificidade ou motivação entre o grupo de pessoas que optam pela classificação multirracial no Censo. Diante das diversas mudanças nos sistemas norte-americanos de classificação étnico-racial ao longo dos anos, também são feitas indagações quanto à viabilidade de se realizar análises comparativas.

Um outro tema recorrente na produção bibliográfica sobre raça e saúde refere-se aos danos da discriminação étnico-racial. Para Geronimus (2000), os segmentos étnicos minoritários têm tido maior dificuldade de ascensão social, quando comparados à população branca, em função da falta de acesso à educação, à saúde, ao emprego e à habitação de qualidade. Essas limitações se integram aos efeitos do preconceito étnico/racial, mais ou menos explícitos, nas experiências do cotidiano, gerando estresse psicológico e baixa auto-estima e fomentando o quadro de falta de equidade social, inclusive em saúde. Há estudos como o de Wyatt e colaboradores (2003), que analisam a repercussão do racismo na saúde cardiovascular de negros norte-americanos. São debatidas as relações de doenças cardiovasculares (DVC) entre os negros e os níveis de discriminação étnico-racial decorrentes: do “racismo institucional”, que pode tolher as oportunidades de mobilidade social e, conseqüentemente, o acesso a bens e recursos materiais; do “racismo percebido”, capaz de promover situações estressantes e, com isso, induzir reações psicofisiológicas prejudiciais à saúde; do “racismo internalizado”, que pode gerar uma auto-avaliação negativa em função da internalização de estereótipos negativos. Segundo os autores, há indicações sobre a importância do apoio social, de redes familiares ampliadas e da religião na amenização das respostas gerais ao estresse. Considera-se que estudos qualitativos

[11] A partir de 1 de janeiro de 2003, todas as pesquisas e *surveys* do US Census Bureau devem seguir as novas diretrizes para a descrição de dados sobre raça e etnicidade, que incluem cinco categorias raciais (asiático, branco, índio americano ou nativo do Alaska, nativo do Havaí ou de outras ilhas do Pacífico e negro ou africano-americano) e duas opções para etnicidade (hispânico ou latino ou não hispânico ou latino).

das práticas cotidianas poderiam iluminar as razões das diferenças nas respostas ao racismo e que a validação dos modelos conceituais acerca dos fatores biopsicossociais que regem essas diferenças implica a realização de estudos longitudinais capazes de verificar os fatores fisiológicos, comportamentais e sociais, incluindo os vários níveis de racismo e outras formas de opressão relativas ao gênero, idade e/ou classe social.

A questão da discriminação étnico-racial também tem sido tratada nas análises sobre os fatores que afetam o acesso e a qualidade dos serviços de saúde. Pondera-se que o tratamento diferenciado entre os grupos étnico-raciais na área da assistência é um dos responsáveis pelas desigualdades raciais em saúde. Nesse eixo de análise, estudos na área do planejamento, gestão e avaliação de serviços discutem as relações entre disparidades étnico-raciais e sociais em saúde e a qualidade dos modelos de acesso aos serviços de saúde, incluindo sugestões para futuras pesquisas e ações nesse campo (Fiscella et al., 2000; Cooper, Hill & Powe, 2002; Ryn & Fu, 2003).

Em termos de recomendações e desafios sobre as pesquisas centradas na discriminação como um determinante da saúde da população, é importante mencionar a interessante reflexão de Krieger. A autora define discriminação como

> um fenômeno sancionado e estruturado socialmente, justificado ideologicamente e expresso por meio de interações com e entre indivíduos e instituições, com o objetivo de manter o privilégio de membros dos grupos dominantes em detrimento da privação dos demais indivíduos. (Krieger, 2000:41, tradução livre)

Tendo em vista que os alvos dominantes da discriminação têm por base a raça/origem étnica, o gênero, a orientação sexual, a idade, a classe social e a deficiência física, argumenta-se ser necessário levar em conta que as pessoas podem experimentar mais de um tipo de discriminação, em ambientes diversos (p. ex., espaço público e/ou privado), e que essa vivência pode ser mais ou menos evidente. Depreende-se que os procedimentos metodológicos capazes de apreender as implicações da experiência do racismo para a saúde devem ser formulados a partir das contribuições dos diversos campos disciplinares, em particular das ciências sociais e da saúde (Harell, Hall & Taliaferro, 2003).

Considerações Finais

A proposição de uma agenda política voltada para a população negra no campo da saúde pública é mais uma face da relação, por vezes tensa, entre pautas transnacionais e contextos locais. É bastante elucidativo que só a partir da Conferência Mundial Contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e Intolerâncias Correlatas, realizada em 2001, sob os auspícios da ONU, investimentos prévios de luta contra o racismo, como o Seminário de Brasília sobre as políticas de ação afirmativa e o Programa Nacional de Direitos Humanos (Souza, 1997), no qual se inclui a criação do Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra, tenham assumido alguma visibilidade.

Os esforços do Movimento Negro, em consonância com fundações filantrópicas e instituições internacionais, para instituir, no campo da saúde pública, a singularidade da população negra em matéria de tratamento diferenciado dos agravos à saúde, ocorre no contexto de implementação do sistema de cotas para negros em agências governamentais e algumas universidades públicas, inspirada nas políticas de ação afirmativa norte-americanas.

É nessa conjuntura política que a saúde pública se torna mais um espaço de luta por uma agenda anti-racista racializada em nome da afirmação de identidades étnico-raciais. Não à toa, o documento Política Nacional de Saúde da População Negra reivindica, por exemplo, que o Estado brasileiro reconheça

> a forma dinâmica como a sabedoria da medicina popular e as manifestações culturais e artísticas afro-brasileiras têm contribuído para a promoção do bem-estar físico, psíquico e social da população. Através de categorias culturais que permitem outras formas de perceber, expressar, avaliar e tratar doenças, as terapeutas populares – como mães-de-santo, rezadeiras, raizeiras e parteiras – atendem a uma demanda expressiva de doentes que não têm acesso aos serviços públicos de saúde e, para muitos, oferecem a primeira e, talvez, a única terapêutica disponível. (Pnud & Opas, 2001:8)

É importante ressaltar que a medicina popular valorizada pelo documento é a de "matriz africana" (Pnud & Opas, 2001:11). A longa tradição de interação cultural desenvolvida durante séculos entre portugueses, africanos e indígenas e que gerou um rico e diversificado conhecimento médico e de terapêuticas no Brasil, a denominada 'medicina popular', acaba por ser reduzida ao legado da população negra. Racializam-se, nesse caso, os saberes populares em função da afirmação política da 'identidade afro-descendente'. Ao abordar os temas da identidade e da cultura, ao sabor multiculturalista, tem-se a impressão que a plataforma da 'saúde da população negra' não parece estar voltada para os cidadãos, tema caro à história da saúde pública no Brasil, mas para determinados atores culturais (Kuper, 2002).

A agenda anti-racista proposta pelo Movimento Negro, na área da saúde pública, apropria-se apenas de parte das discussões e problemas que aparecem na literatura norte-americana. A utilização dos conceitos de raça e/ou etnia na abordagem das doenças 'geneticamente determinadas', ou os instrumentos teórico-metodológicos para se aferir a influência do racismo nos problemas de saúde, particularmente no caso da população negra, ainda são objeto de intensa controvérsia. No momento em que se procura transformar a representação da sociedade brasileira num modelo bi-racial (branco-negro), nos EUA ocorre não apenas um debate sobre categorias étnico-raciais, mas também a introdução de novas categorias no censo, o que torna ainda mais complexa a relação entre raça/etnia e saúde.

O debate sobre as implicações, os problemas e os desafios relativos à criação de um campo de pesquisas e ações voltadas para a saúde da população negra permite a atualização da discussão sobre o racismo no Brasil. Compreende-se que a análise dos cenários nacional e internacional, associada à temática racial e seus desdobramentos, assim como a problematização da

produção acadêmica, podem fomentar um importante, necessário e criativo diálogo entre os diversos atores envolvidos no enfrentamento das desigualdades sociais no país.

Referências Bibliográficas

ANAND S. S. Using ethnicity as a classification variable in health research: perpetuating the myth of biological determinism, serving socio-political agendas, or making valuable contributions to medical sciences? *Ethnicity & Health,* 4(4):241-244, nov. 1999.

BARBOSA, M. I. *Racismo e Saúde*, 1998. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

COOPER, R. Race, genes, and health new wine in old bottles. *International Journal of Epidemiology*, 32: 23-25, 2003.

COOPER, L. A.; HILL, M. N. & POWE, N. R. Designing and evaluating interventions to eliminate racial and ethnic disparities in health care. *Journal of General Internal Medicine*, 17:477-486, 2002.

CORRÊA, M. *As Ilusões da Liberdade: a Escola Nina Rodrigues e a antropologia no Brasil*. Bragança Paulista: Edusf, 1998.

DINIZ, D. & GUEDES, C. Educando para a genética: anemia falciforme e políticas de saúde no Brasil. Brasília: Letras Livres, 2003. (Anis, 25)

ELLISON, G.T. & DE WET, T. The use of "racial" categories in contemporary South African health research. A survey of articles published in the South African Medical Journal between 1992 and 1996. *South African Medical Journal,* 87(12):1.671-1.679, dec.1997.

ESCOREL, S. *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do Movimento Sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

FERREIRA, L. O. Uma interpretação higienista do Brasil Imperial. In: HEIZER A. & VIDEIRA A. A. P. (Orgs.) *Ciência, Civilização e Império nos Trópicos*. Rio de Janeiro: Acces, 2001.

FERREIRA, L. B.; PEDROSA, M. A. & OLIVEIRA, S. F. Utilização do conceito de "raça" nas ciências médicas. *Ciência e Saúde Coletiva.* Livro de Resumos II do VII Congresso de Saúde Coletiva, 8(supl.2), 2003.

FISCELLA, K. et al. Inequality in quality: adressing socioeconomic, racial, and ethnic disparities in health care. *Journal of the American Medical Association,* 283(19):2.579-2.584, 2000.

FRY, P. As aparências que enganam: reflexões sobre "raça" e saúde no Brasil, 2003. (Mimeo.)

FULLER, K. Health disparities: reframing the problem. *Medicine Science Monitor*, 9(3):SR9-15, 2003.

GERONIMUS, A. To mitigate, resist, or undo: addressing structural influences on health of urban populations. *American Journal of Public Health*, 90(6):867-872, 2000.

HARELL, J. P.; HALL, S. & TALIAFERRO, J. Physiological responses to racism and discrimination: an assessment of the evidence. *American Journal of Public Health*, 93(2):243-247, 2003.

JORNAL DA REDESAÚDE. Conferência Mundial Contra o Racismo e Raça/Etnia, Saúde e Direitos Reprodutivos, 23 mar. 2001.

KARTER, A. Commentary: race, genetics, and disease: in search of a middle ground. *International Journal of Epidemiology*, 32:26-28, 2003.

KRIEGER, N. Discrimination and health. In BERKMAN, L. & KAWACHI, I. (Eds.) *Social Epidemiology*. Oxford: University Press, 2000.

KUPER, A. *Cultura: a visão dos antropólogos*. São Paulo: Edusc, 2002.

LIMA, N. T. & HOCHMAN, G. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo Movimento Sanitarista da Primeira República. In: MAIO, M. C. & SANTOS, R. V. (Orgs.) *Raça, Ciência e Sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Centro Cultural Banco do Brasil, 1996.

Livros de Resumos (I e II) do VII Congresso de Saúde Coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(supl.1-2), 2003.

MAIO, M. C. O Projeto Unesco e a agenda das ciências sociais no Brasil dos anos 40 e 50. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 14(41):141-158, 1999.

MAIO, M. C. Raça, doença e saúde pública no Brasil: um debate sobre o pensamento higienista do século XIX. In: MONTEIRO, S. & SANSONE, L. (Org.) *Etnicidade Na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

MAIO, M. C. & SANTOS, R. V. (Orgs.) *Raça, Ciência e Sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Centro Cultural Banco do Brasil, 1996.

McDERMOTT, R. Ethics, epidemiology and the thrifty gene: biological determinism as a health hazard. *Social Science Medicine,* 47(9):1.189-1.195, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Manual de Doenças mais Importantes por Razões Étnicas da População Brasileira Afro-descendente*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

MONTEIRO, S. Desigualdades em saúde, raça e etnicidade: questões e desafios. In: MONTEIRO, S. & SANSONE, L. (Org.) *Etnicidade Na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

OLINTO, M. T. & OLINTO, B. A. Raça e desigualdade entre as mulheres: um exemplo no sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*; 16:1.137-1.142, 2000.

OLIVEIRA, F. O recorte racial/étnico e a saúde reprodutiva. In: GIFFIN, K. & COSTA, S. H. (Eds.) *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

PINTO, E. A. & SOUZA, R. Etnicidade e saúde da população negra no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(5):1.144-1.145, 2002.

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: uma questão de equidade. Brasília: Pnud, Opas, DFID, 2001.

RYN, M. V. & FU, S. S. Paved with good intentions: do public health and human service providers contribute to racial/ethnic disparities in health? *American Journal of Public Health*, 93(2):248-255, 2003.

SILVA, N.V. Uma nota sobre "raça social" no Brasil. *Estudos Afro-Asiáticos*, 26:67-80, 1994.

SKIDMORE, T. E. *Black Into White: race and nationality in Brazilian thought*. Durham: Duke University Press, 1993 [1974].

SONDIK, E. J. et al. Race/ethnicity and the 2000 census: implications for public health. *American Journal of Public Health*, 90(11):1.709-1.713, 2000.

SOUZA, J. (Ed.) *Multiculturalismo e Racismo: uma comparação Brasil-Estados Unidos*. Brasília: Paralelo 15, 1997.

STEPAN, N. L. *The Hour Of Eugenics: race, gender, and nation in Latin America*. Ithaca: Cornell University Press, 1991

WILLIAMS, D. R. The monitoring of racial/ethnic status in the USA: data quality issues. *Ethnicity & Health,* 4(3):121-137, aug. 1999.

WYATT, S. B. et al. Racism and cardiovascular disease in African Americans. *The American Journal of The Medical Sciences*, 325:6:315-331, 2003.

26. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS VARONES LATINOAMERICANOS: UNA LECTURA EN CLAVE DE GÉNERO, ETNIA Y 'RAZA'

Mara Viveros Vigoya

El concepto de salud reproductiva que circula en Colombia –seguramente en la mayoría de los países latinoamericanos– tuvo su origen en los debates y en la práctica del Movimiento Feminista Internacional que introdujo las cuestiones de la salud en el temario de las discusiones, planteando una nueva perspectiva de análisis. Tomando como base los conceptos de autonomía, diferencia y alteridad, el enfoque feminista sobre salud estuvo asociado a una búsqueda de conocimiento y reapropiación del cuerpo femenino por parte de las mujeres (Scavone, 1999). En esta búsqueda subyace la noción del individuo libre y de derechos que reivindicaba el feminismo al plantear la importancia que tiene para las mujeres, la capacidad de disponer de su propio cuerpo. Más allá de la incorporación de la herencia liberal contenida en este principio, la reapropiación del cuerpo propuesta por el feminismo lleva las cuestiones de ámbito privado al debate público y más aún, habla del cuerpo como un asunto político, es decir, politiza el espacio de lo que se había considerado hasta ese momento privado.

El carácter político atribuido al campo sexual y reproductivo no implicó únicamente la ampliación o la conquista de unos derechos específicos sino el cuestionamiento de un orden de género que traspasaba el conjunto de las relaciones sociales. En la práctica, estas ideas significaron desarrollar una lucha que se extendió desde fines de la década del 60 hasta mediados de los 70 en Europa y en Estados Unidos, y estaba a tono con un movimiento más amplio de transformación de la sociedad, como el que se manifestó en Francia alrededor de los eventos de Mayo del 68.

En el caso de la salud, estas luchas se expresaron por ejemplo, en la búsqueda de la liberación de la anticoncepción y del aborto. El objetivo de estas contiendas no hacía referencia únicamente a la adquisición de estos derechos sino al análisis de las desigualdades sociales de sexo y al cuestionamiento de las relaciones de género vigentes. La perspectiva contestataria de estas reflexiones hizo visible, política y socialmente, la cuestión de género en la salud. Con base en estas cuestiones surgió, desde la década del 80, un interés por los problemas de salud ligados a la reproducción y a la sexualidad que se difundió entre los organismos políticos

gubernamentales y que empezó a ser asimilado por los organismos internacionales a fines de esa década (Scavone, 1999).

Después de la conferencia sobre Población y Desarrollo efectuada en 1994 en El Cairo, los organismos internacionales, y en particular la OMS, adoptaron la siguiente definición de salud reproductiva:

> Un completo estado de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o deterioro, en todo lo que toca al sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Lo cual entraña la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para hacerlo. (CIPD, 1994 apud Scavone, 1999).

La institucionalización de este concepto ha tenido efectos muy diversos para las sociedades latinoamericanas. Por un lado, se observa una mayor divulgación, conocimiento y visibilidad de la problemática de la salud reproductiva en el conjunto de la sociedad, que ha traído un mayor compromiso por parte de las organizaciones gubernamentales en relación al tema. Pero, por el otro, no ha eliminado el riesgo político de la imposición de modelos ajenos a los intereses de las mujeres y de los grupos étnico-raciales dominados.

El concepto de salud reproductiva ha sido utilizado muchas veces por parte de los organismos internacionales como simple retórica para tratar el tema del control poblacional o como un simple cambio de término para realizar las mismas prácticas de anticoncepción, a menudo completamente ajenas a los principios de autodeterminación reproductiva. Es importante rescatar el origen contestatario del concepto y conservar el carácter político de la temática de la salud sexual y reproductiva, orientando las políticas y programas de salud sexual y reproductiva hacia la transformación de las relaciones sociales (de clase, sexo y etnia-raza) y hacia la búsqueda de la equidad en este ámbito. Una de las ambigüedades presentes en la definición de salud reproductiva es el hecho de elegir las diferencias biológicas como base de los problemas de salud sexual y reproductiva de las mujeres y de los grupos étnicos dominados. Esto puede reforzar la centralidad de las características biológicas en la definición del género, la raza y la etnicidad, y desconocer los aspectos de la salud sexual y reproductiva que se relacionan con la ubicación social y la definición sociocultural de las mujeres, los varones y los distintos grupos étnico-raciales.

'El objetivo de este documento es describir la forma en que se pueden articular las perspectivas de género y étnico-racial de la salud sexual y reproductiva de los varones latinoamericanos en el análisis de la misma'. Para tal finalidad, voy a referirme, en primer lugar, a la pertinencia que ha tenido la utilización de la categoría de género en el análisis de los problemas de salud sexual y reproductiva de los varones latinoamericanos, partiendo de una presentación sucinta de los principales resultados de una muestra bastante representativa de estudios sobre estudios realizados en el tema en los últimos 10 años. En segundo lugar, exploraré los significados y efectos que podría tener la incorporación de una perspectiva étnico-racial –todavía ausente– en los estudios y análisis de la salud sexual y reproductiva de los varones

latinoamericanos. Por último, voy a hacer una crítica a los sesgos culturalistas con los que se han orientado las políticas y los programas de salud sexual y reproductiva dirigidos a las poblaciones que han sido objeto de categorizaciones étnico-raciales, ocultando las relaciones entre la 'cultura' y las dimensiones económicas y políticas del proceso salud/ enfermedad/ atención vivido por los hombres latinoamericanos.

La Incorporación de una Perspectiva de Género en el Análisis de la Salud Reproductiva

Incorporar la perspectiva de género en el análisis de la salud sexual y reproductiva significa tener en cuenta que las imágenes sociales de hombres y mujeres condicionan las concepciones y prácticas que se tienen en torno al cuerpo, la sexualidad, la paternidad y la maternidad, la construcción de la afectividad y la identidad, las formas de pensar y sentir las distintas fases del curso vital, la organización de la cotidianeidad, y que todo lo anterior debe ser tomado en cuenta para analizar la problemática de salud sexual y reproductiva de mujeres y varones, para elaborar las respuestas institucionales a esta problemática.

En este texto vamos a adoptar la definición de género propuesta por la historiadora norteamericana Joan Scott, según la cual el género es a la vez "un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y una forma primaria de relaciones significantes de poder" (1996:289). Esta definición nos parece de gran utilidad pues permite entender el género en toda su complejidad. En primer lugar, como una categoría analítica de las relaciones sociales que hace referencia a símbolos de la diferencia sexual, a conceptos normativos que expresan las interpretaciones de estos símbolos; a instituciones y organizaciones sociales y, finalmente, a aspectos subjetivos de las identidades de hombres y mujeres. En segundo lugar, como un asunto político, en un doble sentido: porque estudia las relaciones entre el ámbito privado y el ámbito público y porque posibilita entender relaciones de poder, de autoridad y de legitimidad (Viveros, 2000).

Las construcciones de género determinan actitudes, conductas y actividades que conllevan riesgos específicos de morbilidad y mortalidad y diversos grados de acceso a –y utilización de– los servicios de salud sexual y reproductiva. En efecto, durante el proceso de socialización, hombres y mujeres interiorizan diferentes expectativas sobre cómo ser y cómo actuar socialmente que propician distintas actitudes, conductas, prácticas y creencias sobre estilos de vida, auto-cuidado e higiene, y repercuten diferencialmente sobre su salud sexual y reproductiva. A escala macrosocial, la división sexual del trabajo practicada por las distintas instituciones económicas, educativas, sanitarias y religiosas tiene consecuencias sobre la asignación, de acuerdo con el sexo y con los recursos familiares y sociales necesarios para el mantenimiento de la salud sexual y reproductiva a nivel individual, y sobre el acceso diferencial a las prestaciones de salud y seguridad social.

Masculinidad y salud sexual y reproductiva

Si bien los estudios de género se plantearon la necesidad de enfatizar en el aspecto relacional de este concepto, la mayoría de ellos ha centrado su atención en las mujeres, debido a la enorme dificultad de superar el individualismo metodológico para pensar en términos político-relacionales (Stolcke, 1996). Las investigaciones sobre los hombres como seres dotados de género y productores de género sólo comenzaron a realizarse en América Latina desde finales de la década de los 80. Hasta ese momento, la identificación de los varones con lo humano y con una serie de privilegios, hacía invisible la problemática de los varones en cuanto tales. Los trabajos latinoamericanos sobre género permitieron la acumulación de un gran número de estudios sobre las mujeres pero ignoraron la perspectiva masculina. Hace pocos años apareció un nuevo enfoque en lo que respecta al rol del varón en la reproducción y se ha empezado a cuestionar el mayor énfasis que la investigación de la salud reproductiva ha puesto en las mujeres.

Trabajos latinoamericanos recientes intentan colmar este vacío de información sobre los papeles masculinos en los campos de la salud reproductiva y la sexualidad (Figueroa, 1995, 1998; Salcedo, 1995; Viveros, Gómez & Otero, 1997; Viveros & Gómez, 1998). Algunos denominadores comunes de estos estudios son los siguientes: todos buscan hacer visible la presencia del varón en un ámbito tradicionalmente adscrito a las mujeres –el de la reproducción de la especie– y estudiar las conductas y actitudes de los hombres en el campo de la salud sexual y reproductiva desde el punto de vista de los hombres y de sus relaciones con las mujeres. Se señala, por ejemplo, que los modelos de masculinidad dominantes tienen como resultado, por una parte, que haya poca comunicación sobre la sexualidad en las relaciones de pareja y que consecuentemente, la utilización del preservativo se dé en muy raras ocasiones, exponiendo a los varones a infecciones y enfermedades de transmisión sexual y al riesgo de transformarse en padres sin que esto sea una decisión o corresponda a una elección. También se plantea que, pese a la caracterización de la sexualidad masculina como un ámbito disociado de la reproducción, las distintas investigaciones muestran que la participación de los varones en los distintos eventos reproductivos (anticoncepción, aborto, esterilización, paternidad, etc.) está influenciada por sus valores en relación con la sexualidad.

Por otra parte, a través de los estudios se percibe el desfase todavía existente entre la adopción de un discurso moderno que preconiza una participación del varón en las decisiones reproductivas y la construcción de nuevas prácticas de género sobre bases más democráticas y equitativas. Los distintos trabajos sugieren que un enfoque de género sobre la reproducción requiere indagar en torno a las relaciones de poder entre hombres y mujeres, a la reproducción de roles y expectativas definidos socialmente para unos y otras, a las estructuras y redes de relaciones sociales en las cuales están inmersos hombres y mujeres.

Aunque se han desarrollado estrategias para involucrar al varón en la esfera de la reproducción, éstas parecen haber estado más orientadas a buscar resultados –el incremento en la utilización de métodos anticonceptivos como el condón o la vasectomía– que a estudiar las

causas de la reticencia masculina al uso de estos métodos. La pretensión de los programas de planificación familiar de asegurar el derecho de toda persona "a decidir libre, responsable e informadamente sobre el número y espaciamiento de los hijos" no ha podido convertirse en realidad debido a que la definición de los programas no ha incorporado la idea de que la anticoncepción conlleva a menudo un proceso de interacción y negociación entre varones y mujeres. Es necesario analizar el entorno institucional de los servicios de anticoncepción; el papel de los médicos como prototipo de los proveedores de los servicios de salud; las relaciones de poder entre los oferentes y los usuarios de los servicios de salud reproductiva; la constitución de la práctica médica como autoridad moral en los ámbitos de la reproducción y la sexualidad, y los contenidos del discurso de las instituciones que ofrecen y promueven la anticoncepción en sus políticas, programas e informes.

Otros estudios, como los de Luis Leñero (1992), Armando Gomensoro et al. (1995), Benno de Keijzer (1995) y Núñez (1999), pretenden vincular el proceso de construcción de la identidad masculina a los comportamientos sexuales y reproductivos de los varones. Se plantea por ejemplo, que el uso de métodos anticonceptivos por parte de los varones no es necesariamente un sinónimo de previsión familiar y asunción de responsabilidades y puede, en ocasiones, ser un indicador de todo lo contrario: una huída de los compromisos y responsabilidades conyugales y familiares a través de la adopción de una actitud defensiva hacia las mujeres. Como respuesta a las dificultades en las relaciones conyugales reportadas en estos trabajos, algunas investigaciones recientes proponen la construcción de un protagonismo compartido por varones y mujeres que propicie el acercamiento, la necesidad de negociar, el reconocimiento y expresión de las emociones de ambos cónyuges. También se relaciona el tipo de socialización recibida por los varones con la adopción de algunos comportamientos de violencia intrafamiliar, abuso y hostigamiento sexual, con la escasa participación en la anticoncepción y durante el embarazo pero también con el riesgo de adquirir infecciones y enfermedades de transmisión sexual. Se señalan los efectos nocivos que tiene la forma en que los varones aprenden a interactuar –en el marco de una masculinidad hegemónica que valora la adopción de conductas agresivas, dominantes y riesgosas como expresiones de la masculinidad– para su salud sexual y reproductiva.

Núñez puntea que algunos de los atributos ampliamente reconocidos y aceptados socialmente como signos de masculinidad, son los ejes organizadores de la vivencia de la sexualidad de los varones. Estas características son: el cierre emocional y corporal; la agresividad, la resistencia y fuerza física, la racionalidad y el sentido de la competencia, el control de las emociones, la invulnerabilidad, la capacidad y necesidad de abarcar, penetrar y controlar (Núñez, 1999). Este tipo de organización genera, de acuerdo con este autor, varios efectos: el primero, una jerarquización en las zonas erógenas corporales, es decir, una territorialización de la energía libidinal en las zonas genitales y una relación particular de enajenación del cuerpo. El segundo, fuertes dificultades para intimar con otros/as, para la entrega y el compromiso amorosos; limitaciones para entender las necesidades emocionales y eróticas del otro y un

gran desconocimiento de las propias dinámicas emotivas. El tercero, una serie de comportamientos eróticos caracterizados por la ansiedad en la relación afectiva y por la cópula sexual.

La construcción hegemónica de la masculinidad pone en evidencia la organización de una economía deseante enmarcada en la valoración de unas particularidades percibidas como 'masculinas' y en la depreciación de aquellos atributos considerados 'femeninos'. En este tipo de masculinidad, el control de las emociones –excepto la agresión– supone el miedo a 'abrirse' y a mostrarse vulnerable, situaciones que resultan inevitables en el establecimiento de relaciones íntimas (Giddens, 1992 apud, 1999). Esta economía sexual, ansiosa y temerosa de la expresión de la intimidad que caracteriza la masculinidad hegemónica, se convierte en una condición de riesgo frente a la posibilidad de adquirir enfermedades de transmisión sexual.

Por último, mi propio trabajo sobre identidades masculinas en Colombia permite observar la coexistencia de dos principios reguladores en los comportamientos masculinos: el de la conquista sexual y el de la responsabilidad, que actúan de distintas formas en los diferentes espacios de interacción social de los varones de estas dos ciudades y según su grupo generacional (Viveros, 2002). Estos dos principios, contradictorios y mutuamente desestabilizadores, inciden también en la salud sexual y reproductiva de los varones. Por ejemplo, aunque el principio de responsabilidad empieza a impregnar, con el paso de los años, todas las prácticas sociales de los varones, muy pocas veces se lo asocia[1] con su participación en las decisiones reproductivas, con sus prácticas de auto-cuidado en la salud sexual y reproductiva o con la utilización del preservativo, reservado exclusivamente a las prácticas sexuales con las mujeres percibidas socialmente como 'fáciles'. Igualmente, aunque los entrevistados más jóvenes hacen alusión en sus respuestas a la educación sexual recibida en sus colegios y a una deseable igualdad entre hombres y mujeres, existe poco correlato entre estas referencias y las conductas que realmente adoptan en materia de sexualidad y reproducción. Es importante distinguir una relativamente mayor información sobre métodos anticonceptivos y enfermedades e infecciones de transmisión sexual –producto del discurso impartido por las instituciones escolares y los medios de comunicación masivos– de la adopción de unas prácticas preventivas o de una mayor implicación en las decisiones reproductivas de la pareja. La responsabilidad principal en el ámbito sexual y las consecuencias reproductivas que ello implica sigue estando en manos de las mujeres colombianas.

Salud Sexual y Reproductiva, Etnicidad y Raza en América Latina

La incorporación de la perspectiva de género al análisis de la salud sexual y reproductiva no implica ignorar la existencia de otros elementos que inciden en el proceso salud-enfermedad sexual y reproductiva en América Latina, en particular el marco histórico-cultural en el

[1] Para nuestros entrevistados, la responsabilidad está estrechamente vinculada con la proveeduría del hogar, con el ámbito del trabajo y con la formación de una familia, concebida como el elemento ordenador de la vida cotidiana y el principal factor de estímulo para el trabajo.

cual fueron construidas las relaciones de género, sexualidad y reproducción en este subcontinente. En primer lugar, es importante recordar que el patrón de dominación en América Latina fue organizado y establecido sobre la idea de raza. En segundo lugar, que esta dominación reprimió las formas propias de conocimiento y subjetividad de los grupos sociales dominados, y los llevó a admitir o simular frente a los dominadores la condición deshonrosa de su propio imaginario, y de su propio y previo universo de subjetividad (Quijano, 2000).

Existen por lo menos dos vínculos directos entre la salud sexual y reproductiva, la etnicidad y la raza que se pueden rastrear fácilmente en la historia del subcontinente latinoamericano. El primero se refiere a las condiciones de enfermedad, salud y atención en el ámbito sexual y reproductivo de los grupos étnico-raciales dominados. El segundo tiene que ver con la relación entre las prácticas y los saberes terapéuticos asociados con la sexualidad y la reproducción de los grupos nativos y afroamericanos, y los conocimientos medicinales de origen europeo.

Pero antes de continuar, es importante precisar qué se entiende por raza y etnicidad en este texto, ya que son hoy dos términos fuertemente discutidos dentro del campo científico. Más que proponer una definición de raza, me parece importante señalar que este término ha ido cambiando de significado con el tiempo. Para Goldberg (citado por Wade, 1999), el concepto de raza es una de las invenciones conceptuales centrales de la modernidad, entrelazada con algunas ideas básicas sobre la moralidad. A partir del siglo XVI se empezó a hablar en términos de estirpes o razas de los pueblos humanos con cualidades naturales y profundamente arraigadas, y se definieron algunas razas como no racionales, menos civilizadas o estéticamente inferiores, justificando con ello su esclavitud y colonización. Los significados vinculados al término 'raza' continuaron modificándose a lo largo de los siglos XIX y XX: por un lado, surgió el eugenismo como una convergencia de la ciencia y la política social; por el otro, se dieron debates científicos y movimientos sociales que desestabilizaron el racismo científico y abrieron el espacio para lograr un consenso en torno a la inexistencia de las razas en términos estrictamente biológicos. La idea de raza ha empezado a pensarse justamente como una idea y una construcción social, resultado de procesos históricos particulares como el de las empresas coloniales europeas.

En relación con la noción de 'etnicidad', es importante señalar que ésta fue reemplazando frecuentemente la de 'raza' a partir de la posguerra, ya sea porque se consideraba que la utilización de este término perpetuaba la existencia del racismo o porque su historia era considerada políticamente incorrecta (Wade, 1999). Aunque la etnicidad hace referencia generalmente a la diferenciación cultural, también tiende a utilizar un lenguaje de lugar, considerando que las relaciones sociales se localizan siempre en un lugar concreto que genera lo que Michael Taussig denomina "una geografía cultural y una topografía moral" (1987:253). Aunque existe mucha proximidad analítica entre las identificaciones raciales y étnicas, es importante mantener una distinción entre ellas para no desdibujar la historia particular por la cual cada una de estas identificaciones ha llegado a tener su fuerza efectiva.

En América Latina, 'indio' era una categoría censal y una identidad institucionalizada, es decir marcada por las relaciones con las estructuras oficiales de la burocracia colonial, mientras que 'negro' no tenía las mismas connotaciones. Después de la independencia y con el surgimiento de las nuevas repúblicas, estas categorías sufrieron un proceso interesante debido a la necesidad que tenían los países de esbozar identidades nacionales distintivas. Algunos de estos países, como México o Perú, acudieron a sus raíces históricas y convirtieron sus indígenas en símbolos fundamentales de sus identidades nacionales. Pero con los negros sucedió sólo en algunos países como Cuba o Brasil, en donde la fuerte proporción de población negra propició una reevaluación positiva, por lo menos literaria, de su presencia en sus historias nacionales, aunque siempre desde una perspectiva integracionista y controladora. 'Indios' y 'negros' siguen ocupando distintas posiciones dentro de las estructuras de la alteridad, es decir, no se les ha institucionalizado de igual manera como 'otros'. Mientras a los 'negros' se los ha estudiado generalmente a través de las relaciones raciales y el racismo, de criterios fenotípicos o de estatus económico, a los indígenas se los ha abordado a partir de la etnicidad, es decir de significantes culturales. Señalar estas diferencias históricas entre estas dos categorías permite mostrar que ambas tienen aspectos de categorización racial y étnica, y que el fenotipo también es culturalmente construido.

Enfermedad, Salud y Atención en el Ámbito Sexual y Reproductivo de los Grupos Étnico-raciales Dominados

Desde los inicios de la colonización y a lo largo del período colonial, tanto los nativos americanos como los negros esclavizados vieron fuertemente afectadas sus condiciones de reproducción y salud, y fueron víctimas tanto de epidemias introducidas por los europeos –contra las cuales no tenían defensas inmunológicas– como de severas condiciones de vida y trabajo. Esta situación trajo como consecuencia una reducción importante de sus poblaciones y su estigmatización, con rasgos negativos y opuestos a los que supuestamente caracterizaban a los colonizadores españoles: perezosos, salvajes, supersticiosos, excesivamente libidinosos e incapaces de salir de la pobreza. Con la independencia y la emergencia de las nuevas naciones, las condiciones de vida y la posición social tanto de los indígenas como de los descendientes de africanos no cambiaron mucho. Si bien el estatus jurídico de 'indio' desapareció y se abolió la esclavitud, el modelo colonial no desapareció totalmente, ya que la formación de los estados-naciones después de la independencia no implicó una superación de la colonialidad del poder sino su rearticulación (Quijano, 2000).

A partir de la segunda mitad del siglo XVIII se empezó a desarrollar una segunda ola de aculturación, que reemplazó los objetivos evangelizadores de Renacimiento por un lenguaje de civilización y productividad. Las preocupaciones decimonónicas por los problemas raciales de las naciones latinoamericanas se transformaron paulatinamente en inquietudes sociales ligadas a los proyectos de reconstrucción nacional. En este contexto cobraron auge a comienzos del siglo XX los debates eugenésicos que volvieron a asignarle un lugar central a la raza como

fundamento para el gobierno de las poblaciones y el establecimiento de una jerarquización social (Facundo, 2003). En América Latina se adoptó una versión blanda de las teorías eugenésicas europeas y se buscó el mejoramiento racial de los pueblos y naciones a través de su educación higiénica, sanitaria, sexual y moral (Facundo, 2003). La Iglesia Católica logró intervenir en la formulación de estas políticas higienistas y la lucha contra las enfermedades venéreas, incluida la sífilis, adoptó características de cruzada moral, como en el caso de la propuesta del certificado prenupcial como medio de control del comportamiento sexual masculino.

La progresiva secularización del poder y la aplicación de nuevos saberes a las políticas públicas se consolidaron con el proceso de industrialización, los masivos éxodos rurales y la asunción por parte del Estado de los asuntos de sanidad e higiene de sus poblaciones. La realidad multicultural y pluriétnica de las naciones latinoamericanas continuó siendo a lo largo del siglo XX objeto de políticas y programas sociales (incluidos los de salud) homogeneizantes con intención 'redentora' y civilizadora (Núñez, 1999). Sólo desde mediados del siglo XX las luchas reivindicativas indígenas –y de forma reciente, los movimientos sociales afroamericanos– incluyeron, además de demandas territoriales, lingüísticas y culturales, los derechos sociales, incluyendo los de salud, iguales para todos los ciudadanos.

Por otra parte, la precaria inserción laboral tanto de indígenas como de afroamericanos en el proceso de modernización de la economía no les permitió beneficiarse de los servicios de salud que buscaban mejorar la salud de los trabajadores del sector formal de la economía. En síntesis, la impronta que dejaron las extremas privaciones económicas, jurídicas y sociales, la sumisión político-militar, el vasallaje y la esclavización de los grupos descendientes de las etnias originarias y africanas durante tres siglos, no desapareció con el desarrollo económico. El ejercicio pleno de la ciudadanía y los beneficios de pertenecer a esa comunidad imaginada que llamamos 'nación' no han sido logrados totalmente por las poblaciones subordinadas por el colonialismo interno; al contrario, la internacionalización de la economía ha consolidado las condiciones de salud diferenciales, así como las desigualdades y exclusiones en el acceso a la información y a los servicios de salud de estos grupos poblacionales.

Los saberes locales y su relación con la biomedicina

Las relaciones entre los saberes terapéuticos americanos y afroamericanos y los europeos, no fueron, con muy pocas excepciones, relaciones biunívocas. Por el contrario, reprodujeron en el ámbito terapéutico las pugnas entre culturas hegemónicas y culturas dominadas, marginalizando, desconociendo y desplazando las prácticas y los saberes terapéuticos no provenientes de la medicina europea de base científica. Sin embargo, es importante señalar que hubo diferencias en el reconocimiento de las prácticas terapéuticas indígenas y las de origen africano. Mientras en el primer caso la medicina colonial incorporó y registró un fuerte aporte de la medicina tradicional indígena, y muchos de sus medicamentos fueron difundidos en Europa, en el segundo caso la estereotipia que ha rodeado las prácticas culturales de origen africano no permitió el reconocimiento de su contribución al dominio terapéutico.

La difusión masiva de la medicina europea en América Latina desde finales del siglo XIX implicó en primer lugar, un sometimiento de las poblaciones indígenas y africanas a la hegemonía del eurocentrismo como forma de conocer, y en segundo lugar una vasta empresa de aculturación de estas poblaciones a través de dispositivos de imposición y de persuasión que llevaban implícita una misión civilizatoria. La puesta en marcha de los servicios nacientes de salud pública en torno a programas de lucha contra las grandes endemias y de erradicación de las llamadas enfermedades tropicales estuvo siempre asociada a prácticas de inferiorización y sumisión de las poblaciones nativas y afroamericanas, es decir, a la constitución de unas relaciones políticas específicas en las cuales las sociedades occidentales ejercieron su poder a través de la imposición de sus saberes médicos y de sus controles sanitarios (Fassin, 2000)

Desde inicios del siglo XX y hasta los años 50 se produjo lo que Emilio Quevedo llamó "el tránsito de la higiene hacia la salud pública" y se fortalecieron las orientaciones empírico-analíticas o de corte positivista en la salud y la medicina. Sólo después de la década del 50 se produce una convergencia entre las ciencias sociales y la salud generada por la necesidad de extender las campañas de salud pública en los países del Tercer Mundo, particularmente entre los distintos grupos étnicos y entre los sectores populares de estos países. Ante la importancia del problema, los estados optan por apoyar los estudios de las concepciones y prácticas médicas indígenas y populares con el fin de hacer aceptar más estas campañas y de transformar sus normas y prácticas terapéuticas.

La forma más común de incorporar la dimensión étnica en los estudios y programas de salud sexual y reproductiva ha sido a través de lo que se ha llamado el estudio de los factores culturales que intervienen en ella. Estos factores culturales se refieren, en la mayoría de los casos, casi exclusivamente a creencias, mitos y tabúes que –se supone– tienen las poblaciones indígenas y afroamericanas sobre la sexualidad y a sus prácticas terapéuticas en materia de sexualidad y reproducción. La recopilación de estos datos 'curiosos' es realizada con el fin de identificar los obstáculos que se oponen al desarrollo del saber médico y de trazar una línea divisoria entre saberes y creencias. Las representaciones y prácticas médicas de estas poblaciones son evaluadas desde el punto de vista del sistema biomédico, asumido como modelo de referencia y como punto de llegada de una única y larga línea evolutiva de saberes terapéuticos.

Las luchas en torno al monopolio del poder sobre la definición legítima de la salud y la enfermedad subsisten hasta hoy, y son una de las explicaciones para entender por qué gran parte de los médicos continúa atribuyendo las dificultades a las que se enfrentan para atender la salud de los grupos indígenas y afroamericanos, a sus características étnico-raciales, calificadas de 'tradicionales' y faltas de educación. Igualmente, por qué siguen percibiendo sus condiciones de precariedad económica como una necesidad de atención médica y por qué siguen suponiendo conocer de antemano el contenido de sus relaciones de género, sexuales y reproductivas. La racionalidad de las acciones terapéuticas de los médicos se limita a analizar las condiciones que sus pacientes tienen que cumplir para poder 'curarse' mediante la utilización de medicamentos. En este contexto, las acciones de tipo preventivo o informativo son muy

difíciles de llevar a cabo ya que exigen un proceso de comunicación y de interpretación cooperativa para el cual los médicos no están adiestrados.

Uso y Abuso de los Factores Culturales en los Estudios de Salud Sexual y Reproductiva en América Latina

Algunos estudios, como los realizados por Didier Fassin en Ecuador y en África (2000) señalan que las orientaciones de las políticas y los programas de salud sexual y reproductiva destinados a poblaciones que han sido objeto de categorizaciones de género, étnicas y raciales, han sobreestimado el peso de los factores culturales en conductas consideradas nefastas para la salud mientras han minimizado e incluso ocultado el papel que desempeñan en estos comportamientos las condiciones materiales de vida. Igualmente sucede con la responsabilidad de las instituciones de salud en las dificultades para poner en práctica las acciones terapéuticas.

En el caso de problemas de salud sexual y reproductiva como el del VIH/Sida, estos sesgos han llevado a que el riesgo de contraer la infección haya sido descrito únicamente como un riesgo asociado a los comportamientos supuestamente característicos de ciertos grupos poblacionales (alcoholismo en los grupos indígenas, promiscuidad en los grupos de afrodescendientes). Igualmente, han llevado también a desarrollar la prevención exclusivamente en torno al uso del preservativo, ignorando otras formas de transmisión del virus –en particular las iatrogénicas– y también elementos socio-económicos como la pobreza, la violencia, y la carencia de los servicios de salud que apuntalan tanto la ocurrencia de la infección como la gravedad de la enfermedad (Dozon & Fassin 2001). Como lo señalan con agudeza estos autores, inscribir la epidemia del Sida únicamente en un registro de interpretación cultural y renunciar a su análisis en términos políticos y económicos, eso implica desconocer la responsabilidad que tienen las instituciones nacionales e internacionales en el desarrollo actual de la infección, y en particular en la división entre quienes tienen y quienes no tienen acceso a los tratamientos médicos antirretrovirales

Pero aún en el campo de la prevención, donde la cuestión de las conductas de riesgo o de precaución es fundamental y supone tener en cuenta la dimensión cultural y cognitiva de las prácticas sociales, es importante plantear una lectura política y económica de los efectos del género, la raza y la etnicidad sobre la salud sexual y reproductiva de los varones. Desde esta perspectiva, las conductas de riesgo de los varones afrodescendientes e indígenas en materia sexual y reproductiva sólo pueden ser interpretadas en el marco de unas relaciones de dominación étnico-raciales históricamente construidas y determinadas, y teniendo en cuenta las implicaciones de estas relaciones en las experiencias de género de estos varones. La adopción de ciertos comportamientos y actitudes considerados de riesgo para su salud sexual y reproductiva, y la de sus compañeras sexuales (como por ejemplo, la multiplicidad de parejas sexuales, el rechazo a utilizar el condón y una iniciación precoz de la sexualidad) es, como lo señala Anjos (2001), una típica profecía que se cumple bajo los efectos conjugados de unas condicio-

nes objetivas de exclusión social y la incorporación subjetiva de los estereotipos asociados a la sexualidad de los varones objeto de categorización racial.

Por otra parte, es importante considerar que la definición de salud sexual y reproductiva vigente está fundamentada en normas y valores (comenzando por el de bienestar) culturales específicos, pese a su apariencia neutral y universal. Igualmente, esto se basa en el supuesto de un mundo en el cual se logre alcanzar el pleno bienestar (físico, mental y social) a través de la ciencia y tecnología médicas, como expresiones paradigmáticas del progreso que trae la modernidad. Explicitar estos supuestos implica cuestionar la perspectiva según la cual la biomedicina y sus expresiones concretas y operativas constituyen el punto de referencia desde el cual se analizan las distintas respuestas terapéuticas, y los distintos comportamientos y actitudes considerados de riesgo. Los factores culturales han estado presentes no sólo en las prácticas y representaciones de los colectivos sociales respecto de la salud sexual y reproductiva, sino también en las formas de diagnóstico y tratamientos biomédicos propuestos. Por tal razón, también es necesario descodificar los factores culturales que han operado en la relación de la biomedicina con los pacientes cuando estos son miembros de grupos sociales dominados.

Asimismo, es forzoso develar un conjunto de presupuestos con los que se ha analizado la incidencia del género, la raza y la etnicidad en la salud sexual y reproductiva de las poblaciones. Esta operación supone, por ejemplo, interrogarse sobre la relación sujeto/cultura que se utiliza en las investigaciones sobre el tema. En ellas se asume generalmente una articulación sujeto/cultura en términos de identidad que termina negándoles el atributo de sujeto a los miembros de dichos grupos e ignora una serie de propuestas teóricas desarrolladas en las últimas décadas, según las cuales las identidades de género y étnico raciales son relacionales y dinámicas; no son identidades adheridas de manera inherente a un tipo de individuos o grupos sino identidades variables según las épocas y situaciones (Menéndez, 2000).

Desde otro punto de vista es importante señalar que aunque teóricamente se ha insistido en la necesidad de incluir los factores culturales en el proceso de salud/enfermedad/atención, en la práctica, la biomedicina y el sistema médico niegan la importancia de lo cultural. Si observamos lo que sucede en los servicios de salud, encontraremos que uno de los problemas más comunes de la relación entre el médico ‘occidental’ y el paciente de un grupo étnico-racial dominado es el de la exclusión de su palabra en la relación terapéutica. Los factores institucionales y financieros de los servicios de salud desestimulan la inclusión de la expresión cultural del paciente, ya que el tiempo real de consulta de un médico no puede exceder en el mejor de los caso quince minutos en un hospital público. En la actualidad, la tendencia real de los servicios de salud es limitar la palabra cultural del paciente, y la de la biomedicina es centrarse más en el signo y la enfermedad que en el enfermo y sus síntomas. Los médicos no están preparados para posibilitar la expresión de esta palabra y menos aún para articularla con procesos culturales formulados a través del padecimiento (Menéndez, 2000).

Reflexiones Finales

La redefinición de las naciones latinoamericanas a partir del reconocimiento de su carácter pluriétnico y multicultural parecería haber generado un espacio nuevo para que las poblaciones indígenas y afroamericanas expresaran sus demandas sociales, incluidas las de salud. Sin embargo, el reconocimiento de esta diversidad ha sido fundamentalmente retórico y lo que en realidad ha sucedido es que en la mayor parte de los países latinoamericanos se han recortado las escasas formas de protección social que brindaba el Estado, y se ha trasladado a las comunidades indígenas y afroamericanas la tarea de gestionar el bienestar de su propio grupo social. El reconocimiento formal de su diversidad ha sido utilizado para amortiguar la conflictividad social producida por la pobreza y los recortes presupuestales en salud.

El fuerte predominio de la lógica de mercado en los servicios de salud ofrece serias dificultades para el logro del derecho a la salud. Por una parte, la inducción de la demanda en servicios de salud en grupos étnico-raciales dominados termina induciendo la medicalización de sus vidas, volviéndolos usuarios o clientes del sistema médico occidental que espera satisfacer sus demandas de atención. De esta forma, la participación social de estas poblaciones ya no se plantea en términos del ejercicio de su ciudadanía sino en su calidad de consumidores en el mercado de los servicios de salud. El reconocimiento de sus diferencias culturales no puede convertirse en una forma de eludir el problema de las desigualdades sociales que sufren estos 'otros'. Por eso es necesario plantear una articulación del proceso de salud/enfermedad/atención en el ámbito sexual y reproductivo con los derechos individuales y colectivos de estos grupos sociales e incluir en la agenda de las movilizaciones sociales alrededor de la ampliación de la ciudadanía, la reivindicación del derecho a la salud y de los derechos sexuales y reproductivos de las comunidades indígenas y afrocolombianas.

Para finalizar, quisiera subrayar que integrar una perspectiva étnico-racial a los estudios en salud sexual y reproductiva implica algo más que adicionar una nueva variable sociodemográfica a su análisis. Por el contrario, se trata de reconocer el peso que tienen la etnicidad y la raza en la salud sexual y reproductiva de los grupos indígenas y afrocolombianos, al ser grupos sociales dominados simbólicamente y sometidos a la injusticia económica. Siendo grupos dominados simbólicamente, han sido objeto de discriminación y sus prácticas y saberes terapéuticos no han sido respetados. Siendo grupos sometidos a la injusticia económica han sido los que en términos generales están en peores condiciones materiales y presentan mayores índices de mortalidad, morbilidad, analfabetismo y pobreza absoluta. Por lo tanto, sus demandas en el campo de la salud sexual y reproductiva requieren respuestas tanto económicas y sociales como de reconocimiento cultural.

Referencias Bibliográficas

ANJOS, J. C. dos. Etnia, raça e saúde: sob uma perspectiva nominalista. Ponencia presentada en el Seminário Raça/Etnicidades na América Latina: questões sobre saúde e direitos reprodutivos, 22 y 23 de noviembre, Rio de Janeiro, 2001.

DOZON, J. P. & FASSIN, D. (Dirs.) *Une Critique de la Santé Publique: une approche anthropologique.* Paris: Balland, 2001.

FACUNDO, A. *Las Políticas del Cuerpo: el problema de la higiene en Bogotá, 1930-1950*, 2003. Monografía para optar al título de Antropóloga. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

FASSIN, D. *Les Enjeux Politiques de la Santé: études sénégalaises, équatoriennes et françaises*. Paris: Karthala, 2000.

FASSIN, D. Au coeur de la cité salubre: la santé publique entre les mots et les choses. In: DOZON, J. P. & FASSIN, D. (Dirs.) *Une Critique de la Santé Publique: une approche anthropologique*. Paris: Balland, 2001.

FIGUEROA, J. G. Algunas reflexiones sobre la participación masculina en los procesos de salud reproductiva. Ponencia presentada en el Seminario Fertility and the Male Life Cycle in the Era of Fertility Decline, International Union for the Scientific Study of Population, Zacatecas, México, 1995.

FIGUEROA, J. G. Algunas propuestas analíticas para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva. In: VALDÉS, T. & OLAVARRÍA, J. (Eds.) *Masculinidades y Equidad de Género en América Latina*. Santiago: Flacso/Unfpa, 1998.

GOMENSORO, A. et al. *La Nueva Condición del Varón*. Montevideo: Editorial Fin de Siglo, 1995.

KEIJZER, B. de. La masculinidad como factor de riesgo. Ponencia presentada en el Seminario Fertility and the Male Life Cycle in the Era of Fertility Decline, International Union for the Scientific Study of Population, Zacatecas, México, 1995.

LEÑERO, L. Los varones ante sí mismos. In: ELÚ, M. del C.; LEÑERO L. & OTERO, E. *De Carne y Hueso: estudios sociales sobre género y reproducción*. México: Instituto Mexicano de Estudios Sociales, 1992.

MENÉNDEZ, E. Factores culturales: de las definiciones a los usos específicos. In: PERDIGUERO E. & COMELLES J. M. (Eds.) *Medicina y Cultura: estudios entre la antropología y la medicina.* Barcelona: Ediciones Bellaterra, 2000.

NÚÑEZ, G. *Sexo entre Varones: poder y resistencia en el campo sexual.* México: Pueg, El Colegio de Sonora, Miguel Angel Porrúa, 1999.

QUIJANO, A. Colonialidad del poder: cultura y conocimiento en América Latina. In: MIGNOLO, W. (Comp.) *Capitalismo y Geopolítica del Conocimiento: el eurocentrismo y la filosofía de la liberación en el debate intelectual contemporáneo*. Buenos Aires: Ediciones del Signo, 2000.

SALCEDO, H. El aborto en Colombia: exploración local de la experiencia masculina. Informe final presentado a la OMS & CIDS, Universidad Externado de Colombia, 1995.

SCAVONE, L. Anticoncepción, aborto y tecnologías conceptivas. In: SCAVONE, L. (Comp.) *Género y Salud Reproductiva en América Latina*. Cartago (Costa Rica): Libro Universitario Regional, 1999.

SCOTT, J. El género: una categoría útil para el análisis histórico. In: LAMAS, M. (Comp.) *El Género: la construcción cultural de la diferencia sexual.* México: Pueg, Porrúa, 1996.

STOLCKE, V. Antropología del género. In: PRAT. J y MARTÍNEZ, A. (Eds.) *Ensayos de Antropología Cultural: homenaje a Claudio Esteva-Fabregat.* Barcelona: Editorial Ariel, 1996.

TAUSSIG, M. *Shamanism, Colonialism and the Wild Man: a study in terror and healing.* Chicago: Chicago University Press, 1987.

VIVEROS, M. Notas en torno a la categoría analítica de género. In: ROBLEDO, A. I. & PUYANA, Y. (Comps.) *Ética, Masculinidades y Feminidades.* Bogotá: Ces/Universidad Nacional, 2000.

VIVEROS, M. *De Quebradores y Cumplidores: sobre hombres, masculinidades y relaciones de género en Colombia.* Bogotá: CES, Universidad Nacional, Fundación Ford, Profamilia - Colombia, 2002.

VIVEROS, M. & GÓMEZ, F. La elección de la esterilización masculina: alianzas, arbitrajes y desencuentros conyugales. In: ARANGO, L. G. et al. *Mujeres, Hombres y Cambio Social*. Bogotá: CES-Facultad de Ciencias Humanas UN, 1998.

VIVEROS, M.; GÓMEZ, F. & OTERO, E. Las representaciones sociales sobre la esterilización masculina: el punto de vista de los oferentes del servicio de vasectomía en la Clínica del Hombre en Bogotá. *Cadernos en Saúde Pública*, 14:97-103, 1997.

WADE, P. *Raza y Etnicidad en América Latina*. Quito: Abya-Yala, 1999.

27. TRANSFORMAÇÕES DEMOGRÁFICAS E OS NOVOS DESAFIOS RESULTANTES DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

Renato Veras
Ana Amélia Camarano
Maria Fernanda Lima e Costa
Elizabeth Uchoa

O Envelhecimento Humano

O envelhecimento populacional é, hoje, um proeminente fenômeno mundial. Tem ocorrido de forma muito rápida e intensa nos países em desenvolvimento, gerando preocupações quanto às suas repercussões em ambiente de pobreza. No caso brasileiro, isso pode ser observado no aumento da participação da população maior de 60 anos no total da população nacional – de 4%, em 1940, para 8,6% em 2000 e, nos dias atuais, 9,1%. Além disso, a proporção da população 'mais idosa', ou seja, a de 80 anos e mais, também está crescendo, alterando a composição etária dentro do próprio grupo, isto é, a população considerada idosa também está envelhecendo (Camarano et al., 1999). É, portanto, um segmento bastante heterogêneo. Projeta-se que, em 2020, no Brasil, essa porção social atinja 32 milhões de pessoas, correspondendo à sexta maior população idosa do mundo (Veras, 1994).

Podemos dizer que o envelhecimento populacional significa um crescimento mais elevado da população idosa com relação aos demais grupos etários. Isso é resultado de suas mais altas taxas de crescimento – dada a alta fecundidade prevalecente no passado, comparativamente à atual – e da redução da mortalidade. Pode ser traduzido no aumento do número absoluto e relativo de idosos, na ampliação da expectativa de vida ao nascer e aos 60 anos e no envelhecimento não só de certos segmentos populacionais – como a população economicamente ativa –, mas também das famílias (maior número de famílias nas quais existe pelo menos um idoso), e nas mudanças nos arranjos familiares.

Apesar de os processos responsáveis pelo aumento da longevidade terem sido resultado não apenas de políticas e incentivos promovidos pela sociedade e pelo Estado, mas também do progresso tecnológico, as suas conseqüências têm sido, em geral, vistas com preocupação, por acarretarem pressões para transferência de recursos na sociedade, apresentando desafios para o Estado, os setores produtivos e as famílias. Por exemplo, em 1994, um documento do Banco Mundial já afirmava que o aumento da expectativa de vida ao nascer e o declínio da fecundida-

de nos países em desenvolvimento estão provocando a 'crise da velhice'. Esta é traduzida por uma pressão nos sistemas de Previdência Social a ponto de pôr em risco não somente a segurança econômica dos idosos, mas o próprio desenvolvimento econômico (Simões, 1997). As próprias ciências sociais se sentem desafiadas no seu papel de buscar uma compreensão para essa transformação e de fornecer instrumental para avaliar o seu impacto nas condições de vida, nas políticas públicas, e em outros processos sociais.

É preciso também considerar os grandes avanços tecnológicos, principalmente na medicina, e a ampliação da cobertura da Seguridade Social. Tudo isso, embora em graus diferenciados, tem beneficiado uma parcela expressiva da população idosa brasileira.

Reconhece-se, no entanto, que o envelhecimento traz vulnerabilidades decorrentes de perdas biológicas, que são diferenciadas por gênero, idade, grupo social, raça e regiões geográficas, entre outros. É distinto também o momento (a idade) em que elas iniciam. Tais vulnerabilidades são decorrentes das capacidades básicas, daquelas adquiridas ao longo da vida e do contexto social que os indivíduos encontram na fase em que estão mais frágeis. Políticas públicas e processos sociais podem ter papel fundamental na redução ou no aumento do seu impacto sobre o indivíduo e a sociedade.

A Contribuição da Antropologia

Uma grande contribuição da antropologia ao campo de estudos sobre o envelhecimento refere-se exatamente à relativização da visão homogeneizante e universalista, que durante muito tempo predominou neste campo. À medida que se documentou o processo do envelhecimento em diferentes culturas e se constatou a diversidade de formas de envelhecer, a velhice e o envelhecimento deixaram de ser encarados como fatos naturais para serem encarados como fenômenos profundamente influenciados pela cultura. Abordar as questões relativas à velhice e ao envelhecimento à luz de contextos sociais, econômicos e culturais específicos permite inovar a abordagem do envelhecimento.

Nesta perspectiva, o envelhecimento deixa de ser encarado como um estado puramente biológico, ao qual o indivíduo se submete passivamente, para ser visto como um fenômeno biológico, ao qual o indivíduo reage a partir de suas referências pessoais e culturais (Corin, 1982).

Estudos realizados em sociedades não ocidentais tornaram conhecidas imagens positivas da velhice e do envelhecimento, vindo questionar a universalidade da visão ocidental e ensinar que uma representação de velhice enraizada nas idéias de deterioração e perda nada tem de universal (Uchoa, 2003).

Uma definição de velhice em termos negativos (perda, falta) do que é valorizado socialmente impõe do exterior uma certa marginalização às pessoas idosas, além de eleger a idéia de perda (perdas de papéis sociais e de capacidades intelectuais) como ponto estruturante dos

programas e políticas visando aos idosos (Corin, 1985). Nas últimas décadas, uma perspectiva crítica e, sobretudo, a adoção de uma abordagem holística do envelhecimento favoreceram a emergência de um consenso sobre a necessidade de romper com a atitude alarmista e seu fundamento básico: uma visão negativa e homogeneizante do envelhecimento.

Assistimos, então, a um movimento de transformação de representações e práticas relativas à velhice e ao envelhecimento (Veras, 1997; Guedes, 1999; Debert, 1999). Certamente, serão as iniciativas que se inserirem nesse movimento que contribuirão para uma transformação da realidade de todos os dias e, com ela, das representações da velhice e do envelhecimento.

Entretanto, Debert (1999) chama a atenção para os perigos inerentes à exacerbação dessa tendência contemporânea e seu papel nos "processos de reprivatização" da velhice. Para essa autora, a idéia de que a eterna juventude é bem que pode ser conquistado é a base de algumas iniciativas e práticas destinadas aos idosos que negam a velhice, a doença e a morte, transformando-as em responsabilidade individual.

Os resultados de um estudo antropológico realizado recentemente na cidade de Bambuí, Minas Gerais (Uchoa, Firmo & Lima-Costa, 2002; Uchoa, 2003), revelam a existência de um processo de envelhecimento biológico, assim como o aparecimento de doenças crônicas e incapacitantes. Entretanto, demonstram que o surgimento de dificuldades e de soluções para ultrapassá-las é determinado por uma interação entre elementos intrínsecos ao processo biológico e aqueles relacionados às características do indivíduo e às dinâmicas social e cultural.

Assim, fica claro que programas e políticas visando à população idosa devem basear-se em um conhecimento profundo do contexto, identificando todos os recursos disponíveis (individuais e coletivos) e integrando-os em um processo no qual a compensação de incapacidades e a adaptação a distintas situações permitem restaurar o equilíbrio na vida dessa população.

Gerontologia Social

Nas ciências sociais e humanas, principalmente na psicologia e sociologia, tem havido nas últimas décadas um grande esforço para gerar teorias do envelhecimento. Na sociologia do envelhecimento existem, *grosso modo*, três gerações distintas de conceituações – cada uma com seus subtemas e inovações metodológicas.

A primeira geração da gerontologia social pode ser observada a partir da década de 1960, caracterizando-se pelo foco no indivíduo e pela adoção de marcos teóricos propostos nas obras *Personal Adjustment in Old Age* (1949), de Cavan, Burgess, Havinghurst e Goldhammer, e *Older People* (1953), de Havinghurst e Albrecht.

A segunda geração é a do desenvolvimento da gerontologia na área das ciências sociais, quando se adotou uma abordagem estrutural em nível macro e incluiu-se a estratificação por

idade e teorias de modernização. Aqui, o foco estava nas formas pelas quais as condições estruturais cambiantes ditam os parâmetros do processo de envelhecimento e a situação do idoso como uma categoria coletiva.

Na terceira geração existe uma tentativa de ser mais sintético e mais crítico, buscando-se uma posição intermediária. Os atores não são vistos como recipientes passivos dos mandatos estruturais, mas contribuintes ativos para o seu próprio mundo.

É nesse movimento que surge a perspectiva de curso da vida. Nesta angulação, considera-se que a pessoa vai mudando à medida que a estrutura social se transforma. Assim, a situação pessoa-ambiente é totalmente passível de intervenção por meio de medidas físicas, psicológicas e sociais, e há progressão de acordo com os diferentes eventos no ciclo vital: os indivíduos desenvolvem-se de acordo com um processo biológico interno de maturação e declínio sensorial na idade avançada; há um processo extrafísico de maturação que envolve eventos traumáticos; há processos de maturação psicológica e social, que envolvem a capacidade de interagir em sociedade.

Esse embasamento teórico, com a perspectiva de curso de vida, tem sido utilizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Feminização da Velhice

O envelhecimento é também uma questão de gênero. Como conseqüência da sobremortalidade masculina, as mulheres predominam entre os idosos. No Brasil, em 2000, elas eram 55% da população idosa. Quanto mais velho o contingente idoso, mais elevada é a proporção de mulheres. Por exemplo, para o grupo com 80 anos e mais, o percentual comparável eleva-se para 60%.

De acordo com Lyod-Sherlock (2002), mesmo que a velhice não seja universalmente feminina, ela possui um forte componente de gênero. Por exemplo, mulheres idosas experimentam maior probabilidade de ficarem viúvas e em situação socioeconômica desvantajosa. A maioria das idosas brasileiras de hoje não teve um trabalho remunerado durante a sua vida adulta. Além disso, embora vivam mais do que os homens, passam por um período maior de debilitação biológica antes da morte do que eles (Nogales, 1998).

Por outro, são elas, mais do que os homens, que participam de atividades extradomésticas, de organizações e movimentos de mulheres, fazem cursos especiais, viagens e mesmo trabalho remunerado temporário. Diferentemente do que fizeram na sua vida adulta, progressivamente assumem o papel de chefes de família e de 'provedoras' (Camarano, 2003). Homens mais velhos, por sua vez, têm maiores dificuldades de se adaptar à saída do mercado de trabalho (Goldani, 1999).

Potencialidades e Vulnerabilidades

Apesar de a maioria dos idosos ser formada de pessoas saudáveis e vivendo na comunidade, desempenhando um papel importante na família e sociedade, uma parcela deles apresenta taxas elevadas de vulnerabilidade e dependência. Fala-se, aqui, do último estágio da vida, que é associado com a retirada da atividade econômica, com taxas crescentes de morbidade, principalmente por doenças crônicas, e de perda de autonomia. Trata-se, portanto, de um segmento heterogêneo e complexo, composto por pessoas que experimentaram trajetórias de vida diferenciadas.

Rendimentos

A questão dos rendimentos se insere tanto no quadro de vulnerabilidades quanto no de potencialidades. Por exemplo, duas mudanças marcantes e bastante inter-relacionadas afetaram sensivelmente as condições de vida dos idosos brasileiros no período de 1981 a 2001. O percentual de idosos pobres experimentou uma forte redução; passou de 34,6%, em 1981, para 15,9%, em 2001, entre o segmento masculino. A proporção comparável para as mulheres foi reduzida de 20 pontos percentuais, representando uma queda de aproximadamente 60%. A queda na incidência da pobreza entre as mulheres idosas em período semelhante foi maior do a que redução na incidência da pobreza entre os indivíduos não idosos. Viu-se também que, entre os idosos, as mulheres são menos pobres do que os homens (Camarano, 2002; Barros, Mendonça & Santos, 1999).

Essas mudanças foram mais expressivas na década de 1990 e se devem, principalmente, à implementação das medidas estabelecidas pela Constituição de 1988. As principais modificações foram verificadas na concessão do benefício da aposentadoria por idade rural. Esses benefícios, anteriormente dirigidos à unidade familiar, passaram a ser devidos aos indivíduos, apresentando especial repercussão no contingente feminino (Camarano & Pasinato, 2002).

Muito embora seja reconhecida e valorizada a melhoria das condições de saúde e renda da população idosa brasileira, há que se perceber que estas são muito dependentes das políticas de saúde, de previdência e assistência social, que por sua vez estão enfrentando sérios problemas de financiamento não só no Brasil, mas em quase todo o mundo.

Previdência social

A redução da pobreza dos idosos se deve, principalmente, à garantia de uma renda mínima e universal (um salário mínimo). Entretanto, a sustentabilidade da renda mínima e dos demais benefícios da seguridade social estão ameaçados pelo déficit da Previdência Social brasileira, que está operando em déficit desde 1994. A resposta do governo brasileiro tem se limitado à redução do valor do benefício. A reforma do INSS de 1998 usou para tal uma forma paramétrica. Oliveira, Guerra e Cardoso (2000) mostram que isso acarretou

uma perda no valor do benefício de 34% para homens e de 43% para mulheres, comparado à situação atual. Outra mudança foi que o benefício passou a se atrelar, cada vez mais, ao tempo de contribuição.

Outro ponto crítico é que a recente reforma previdenciária no Brasil vincula o recebimento do benefício à contribuição, pois se ignoram as condições atuais do mercado de trabalho brasileiro de retração do emprego, informalização generalizada e precarização, nas quais a alternância entre a condição de trabalhador ocupado e desocupado é cada vez mais freqüente, tornando impossível ao cidadão honrar as obrigações em geral e, portanto, com o INSS.

Isso se dá, principalmente, pelo fato de que os sistemas previdenciários em geral foram concebidos no pós-guerra, visando a repor a renda quando da perda da capacidade de trabalho. A concessão de tais benefícios assentava-se em três pressupostos que hoje não se verificam mais: pleno emprego, emprego formal e baixa esperança de vida, o que significava que poucas pessoas chegavam à atividade de se aposentar e ficavam aposentadas por pouco tempo.

Em suma, a 'reforma' do INSS de 1998 parece fadada a não resolver o problema de financiamento e pode vir a resultar numa geração de 'velhos de rua'. Dificilmente a assistência social poderá gerar renda para esse segmento elevado da população, hoje desempregada e informalizada, quando ele perder a sua capacidade laborativa. Dessa forma, espera-se que a crise do financiamento continue e se acentue e que a aposentadoria dos futuros idosos esteja seriamente comprometida.

A reforma da previdência pública almeja aproximar o sistema público do privado. Perde com isso uma de suas funções, que é integrar uma política de pessoal. Prometer uma aposentadoria integral para os ingressantes no setor público era parte de uma política de criação de uma carreira de Estado, na qual os menores salários pagos em relação ao mercado eram compensados pela estabilidade do emprego e aposentadoria integral.

Em outros países da América Latina, como Peru e México, a situação é ainda mais grave, porque não existe a universalização do sistema previdenciário.

Saúde

É fato já reconhecido que os idosos brasileiros estão vivendo mais e em melhores condições. Isso se deve à ação conjunta de três fatores: ampliação da cobertura previdenciária, maior acesso aos serviços de saúde e crescimento da tecnologia médica (Camarano, 2002). A esperança de vida ao nascer masculina aumentou de 58,6 anos, em 1980, para 64,6, em 2000, e a feminina passou de 65,0 para 73,3 anos. A esperança de vida aos 60 anos passou de 14,5 anos, em 1980, para 17,1, em 2000, para os homens idosos, e de 17,1 para 20,7 para as mulheres. Entre os anos de 1980 e 2000 as mulheres passaram a viver 8,2 anos mais do que os homens (Gordilho et al., 2000), e os últimos dados do IBGE de 2004 mostram uma ampliação do tempo de vida da mulher em relação ao homem de 10 anos.

A ampliação do tempo de vida da mulher, no entanto, traz conseqüências no perfil epidemiológico. Os dados da PNAD Saúde de 1998 mostram que, apesar de aproximadamente 85% dos homens idosos e 83% das mulheres reportarem estar em boas condições de saúde, as mulheres apresentam uma chance maior do que os homens de experimentar as doenças típicas da última fase da vida, tais como artrite ou reumatismo, diabetes, hipertensão, doença do coração, depressão, bem como de contrair incapacidades que afetam as atividades do cotidiano (Camarano, 2003).

Ampliação da carga de doenças

Apesar dos avanços, muito ainda há que se fazer. É sabido que os problemas de saúde se modificam ao longo da vida. Acidentes e violência ocorrem predominantemente na infância, adolescência e início da vida adulta. O desenvolvimento de doenças crônicas ocupa papel central na meia-idade. A morbidade e a mortalidade por doenças crônicas predominam em época mais tardia, coincidindo com a aposentadoria. A redução da capacidade funcional e o surgimento da dependência são preocupações nas idades mais velhas. Assim, com o envelhecimento populacional ocorre um aumento da carga de doenças crônicas e de incapacidades na população e um aumento correspondente do uso de serviços de saúde.

Em vários aspectos as condições de saúde da população idosa brasileira não diferem substancialmente do observado em outros países. As doenças cardiovasculares e as neoplasias são as causas de morte predominantes, correspondendo a 51% dos óbitos na faixa etária de 60 ou mais anos (Lima-Costa, 2003). A hipertensão arterial e a artrite são as doenças mais freqüentemente auto-referidas (44% e 38%, respectivamente) e, via de regra, as mulheres idosas apresentam piores condições de saúde e uso mais freqüente de serviços de saúde do que os homens (Lima-Costa, Barreto & Giatti, 2003).

Entretanto, existem importantes particularidades. Com relação à mortalidade, entre as doenças do aparelho circulatório persistem as doenças cerebrovasculares como principal causa de óbito em ambos os sexos, indicando a precariedade do controle da hipertensão arterial nessa população, ao contrário do observado em sociedades que alcançaram um bom nível de saúde pública, nas quais predominam as doenças isquêmicas do coração (Lima-Costa, 2003). Outro aspecto importante são as desigualdades em saúde determinadas pelas condições socioeconômicas do idoso brasileiro. O Brasil é um dos primeiros do mundo em termos de concentração de renda, e as desigualdades em saúde dos idosos refletem esta posição.

Dados de um inquérito nacional de saúde correspondentes à população com 65 ou mais anos de idade mostraram que os 20% de idosos mais pobres (ou seja, cuja renda domiciliar *per capita* situa-se no quintil inferior da distribuição de renda) apresentavam piores indicadores da condição de saúde, mas procuravam e utilizavam com menos freqüência serviços médicos, em comparação aos idosos com renda familiar mais alta. Essas diferenças eram independentes do sexo e da faixa etária (Lima-Costa et al., 2003). Por outro lado, as hospitalizações independiam

da situação socioeconômica do idoso. Outro aspecto que chamou a atenção nesse estudo foi a grande dependência dos idosos brasileiros do sistema público de saúde, tanto os mais pobres (95%) quanto os demais (69%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Indicadores gerais e específicos das condições de saúde e de uso de serviços de saúde da população idosa brasileira, segundo a renda domiciliar *per capita*

Indicadores	Renda domiciliar *per capita* (em %)		Total
	< 67% do valor do salário mínimo brasileiro*	≥ 0,67% do valor do salário mínimo brasileiro*	
Consideram sua saúde como ruim/muito ruim	16,1	10,2	11,1
Interrupção das atividades por problemas de saúde nas duas últimas semanas	17,2	14,5	15,0
Grande dificuldade ou incapacidade para se alimentar, tomar banho ou ir ao banheiro	10,7	7,5	8,1
Procurou serviço de saúde nos últimos 15 dias	17,4	23,2	22,0
Fez pelo menos uma visita a um médico nos últimos 12 meses	64,5	75,5	73,3
Fez pelo menos uma visita a um dentista nos últimos 12 meses	4,7	12,4	10,9
Foi internado em um hospital nos últimos 12 meses	14,7	14,9	14,5
Dependência exclusiva do sistema público de saúde	95,3	69,2	74,5

Fonte: IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio – PNAD 98*. In: Lima-Costa, Barreto & Giatti, 2003.

* Um salário mínimo brasileiro corresponde a cerca de US$ 80.00.

Os resultados dessa análise foram importantes para mostrar que, no Brasil, mesmo pequenas diferenças na renda mensal domiciliar *per capita* ($<$ 0,67 vs. $\geq$ 0,67 salários mínimos) são suficientemente sensíveis para identificar idosos com piores condições de saúde, maior morbidade física e menor uso de serviços de saúde, que são importantes indicadores da qualidade de vida. As desigualdades socioeconômicas associadas ao uso de serviços pelos idosos indicam que a eqüidade, um dos princípios constitucionais do sistema de saúde brasileiro, ainda não foi alcançada.

Ademais, os dados coletados reforçam a idéia de que políticas para garantir a renda mínima dos idosos, além de contribuir para reduzir a pobreza geral no país (Camarano & Pasinato, 2002), podem melhorar o acesso desta faixa da população à atenção médica e ao tratamento, colaborando para reduzir as desigualdades em saúde nela observadas (Lima-Costa et al., 2003).

Envelhecimento e Políticas de Saúde

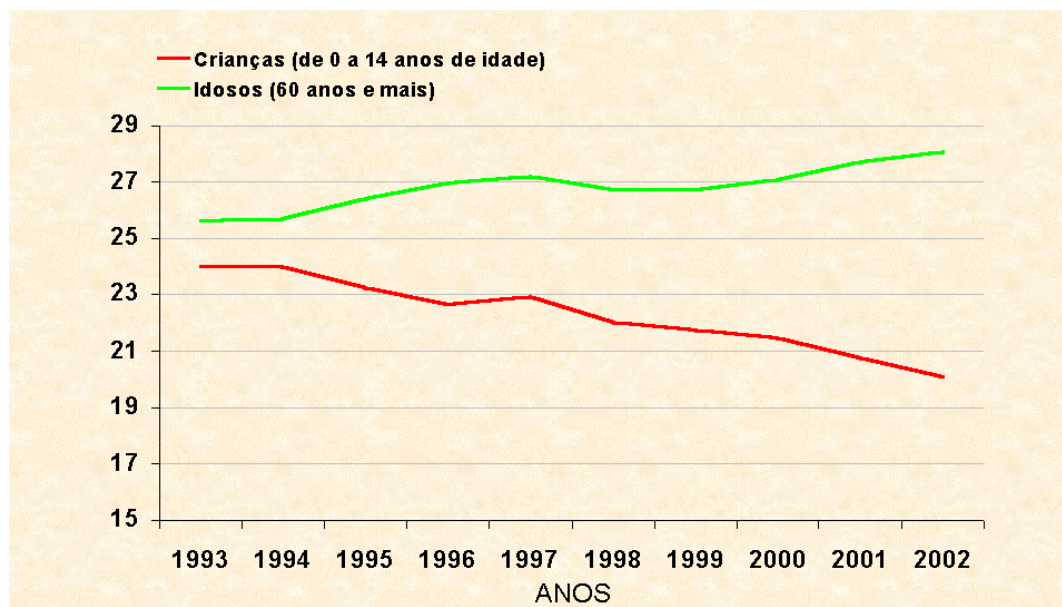
O sistema de saúde atual foi concebido para atender à demanda da saúde materno-infantil e não responde satisfatoriamente às exigências resultantes do envelhecimento populacional. Essa mudança demográfica leva a um aumento da pressão sobre o sistema de saúde, ampliando os seus custos, devido, entre outros, à elevação da utilização de serviços, de medicamentos e de tecnologias caras e complexas, e traz também repercussões individuais, familiares e sociais. Somente a substituição do paradigma biomédico por um paradigma ampliado que integre, além do tratamento de patologias, a reabilitação, o cuidado, a prevenção, a promoção e a inclusão social do idoso pode alterar essa situação.

Sem dúvida, um das maiores conquistas da humanidade foi a ampliação do tempo de vida, que se fez acompanhar de uma melhora substancial dos parâmetros de saúde das populações. Ainda que essas conquistas estejam longe de se distribuir de forma eqüitativa nos diferentes países e contextos socioeconômicos, o que antes era privilégio de poucos hoje passa a ser realidade, mesmo nos países mais pobres. Viver mais é uma aspiração natural de qualquer sociedade, mas é importante que se consiga agregar qualidade a esses anos adicionais de vida.

Nesse contexto estão alguns desafios destes primeiros anos do século XXI: como manter a independência e a vida ativa com o envelhecimento? Como fortalecer políticas de prevenção e promoção da saúde, especialmente aquelas voltadas para os idosos? Como manter e/ou melhorar a qualidade de vida com o envelhecimento?

Fica patente que o investimento em políticas de saúde é uma diretriz prioritária para que o idoso possa usufruir a ampliação dos anos de vida, de forma autônoma, saudável e com qualidade. No entanto, é reconhecido que o custo da saúde é muito alto, apesar de ser um item de fundamental importância para qualquer sociedade. Por esse motivo, as políticas precisam ser eficientes, contemporâneas e elaboradas por profissionais qualificados e experientes.

As modificações observadas na pirâmide populacional levam a que as doenças próprias do envelhecimento ganhem maior expressão, trazendo como resultado uma demanda crescente por serviços de saúde. Aliás, este é um dos desafios atuais: escassez de recursos para uma demanda crescente. O idoso consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais freqüentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado a outras faixas etárias. Consomem-se mais recursos sem que necessariamente se obtenham os resultados esperados em termos de recuperação da saúde e melhoria da qualidade de vida. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamentos constantes, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Proporção de gastos com hospitalização de crianças e de idosos, no SUS - Brasil, 1993 a 2002

Fonte: MS / SIH - SUS

Acompanhando essa tendência, os gastos hospitalares no Sistema Único de Saúde (SUS) estão se concentrando cada vez mais no atendimento ao idoso. Tomemos por base os recursos investidos em internações hospitalares. Segundo dados fornecidos pelo SUS, em 2002 18,6% do total de internações apuradas pelas AIHs (Autorizações de Internação Hospitalar) foram registradas na faixa etária de 60 anos ou mais de idade, para uma população de idosos de apenas 8,5%, em comparação com 20,9% de internações na faixa de 0 a 14 anos para uma população de 29,6%, e 60,5% de internações na faixa de 15 a 59 anos (61,8% da população total).

Todos os demais indicadores mostram um panorama semelhante para a população idosa: a taxa de hospitalização por 1.000 indivíduos foi de 47,2 na faixa de 0 a 14 anos; 65,6 no segmento de 15 a 59 anos, e 146,8 no grupo de 60 ou mais anos de idade. O tempo médio de permanência hospitalar foi de 7,6 dias para o grupo de 60 anos ou mais, e de 5,8 dias nos demais. O índice de hospitalização (número de dias de hospitalização consumidos, por habitante, a cada ano) foi igualmente maior no grupo de idosos: 1,11 dia, em comparação com 0,23 e 0,40 dia, nas faixas de 0 a 14 e 15 a 59 anos, respectivamente. O custo médio, por internação, foi de R$ 605,37 para os mais idosos; R$ 391,06, dos 0 aos 14 anos, e R$ 440,75 de 15 a 59 anos. Finalmente, o índice de custo (custo de hospitalização por habitante /ano) foi de R$ 18,48 para o segmento de 0 a 14 anos; de R$ 28,91 para a faixa de 15 a 59 anos, e de R$ 88,90 para aqueles com mais de 60 anos.

Quaisquer que sejam os indicadores observados, os custos e utilização dos serviços são sempre maiores para os idosos. No documento oficial do governo sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso,[1] também foram apresentados indicadores de utilização dos serviços de saúde e custos e verificou-se semelhante tendência. Se olharmos historicamente, é possível observar que enquanto alguns indicadores melhoram nas demais faixas etárias, tal comportamento não se reflete entre os idosos.

Esses fatos atestam algo já conhecido, porém ainda sem capacidade política de gerar mudanças no modelo assistencial. Apesar de o Ministério da Saúde possuir o maior orçamento do governo, algo em torno de 28 bilhões de reais/ano, em relação ao PIB do país seu gasto é ainda muito pequeno, particularmente quando comparado com o de outros países (Tabela 2).

Porém, a situação se revela ainda mais grave quando se observa a relação dos custos e a importância conferida às políticas para os idosos. Em todos os indicadores analisados, como tempo de permanência hospitalar, utilização dos serviços ambulatoriais, consumo de medicamento, realização de exames complementares, entre outros, a participação dos idosos se situa entre 25 e 30% do total dos dispêndios do Ministério da Saúde.

Isso quer dizer que o grupo etário dos idosos, composto de menos de um décimo da população, utiliza em torno de um quarto do orçamento do Ministério da Saúde, ou algo próximo a 7 bilhões de reais/ano, valor superior ao somatório da receita de vários ministérios, como Cultura, Turismo, Esporte, Ciência e Tecnologia, entre outros. Observa-se, no entanto, uma relação inversa entre o tamanho da conta e a prioridade das políticas públicas de saúde para com os idosos.

[1] A Política Nacional de Saúde do Idoso foi sancionada pelo ministro da Saúde, e publicada no *Diário Oficial* em 13 de dezembro de 1999.

Tabela 2 - Países selecionados, para o ano de 2000, indicadores demográficos e de gastos em saúde

Países	População total (000)	População de 60 anos ou mais (em %)	Gasto total em saúde, % do PIB	Gasto total em saúde, *per capita* (em US$)
Afeganistão	21.923	4,9	3,2	28
Argentina	36.577	13,3	8,2	823
Bélgica	10.152	21,6	8,0	1.738
Brasil	167.988	7,6	6,5	428
Canadá	30.857	16,7	8,6	1.836
Chile	15.019	10,0	6,1	581
China	1.273.640	10,0	2,7	74
Cuba	11.160	13,4	6,3	109
França	58.886	20,5	9,8	2.125
Índia	998.056	7,5	5,2	84
Itália	57.343	23,9	9,3	1.824
México	97.365	6,8	5,6	421
Moçambique	19.286	5,1	5,8	50
Portugal	9.873	20,8	8,2	1060
Federação da Rússia	147.196	18,3	5,4	251
Serra Leoa	4.717	4,8	4,9	31
Suíça	7.344	19,3	10,1	2.644
Reino Unido	58.744	20,9	5,8	1.193
Estados Unidos	276.218	16,4	13,7	4.187

Fonte: Organização Mundial de Saúde. *The World Health Report*, 2000.

Gasta-se muito e mal em hospitalização e internações de longa permanência, em detrimento de cuidado ambulatorial, em bases mais contemporâneas ou em instâncias intermediárias como Centros-Dia, Programas de Internação Domiciliar e Assistência Domiciliar, ou de espaços alternativos, tipo Centros de Convivência para idosos.

Algumas propostas assistenciais, de reconhecida eficiência, não vêm recebendo a prioridade devida: o ambulatório hierarquizado em complexidade e a internação em ambiente domiciliar. É provável que isso se deva ao fato de tais propostas exigirem uma mudança no paradigma do cuidado, rompendo com a tradição da assistência orientada para a doença, em direção a uma abordagem orientada para a prevenção e ações que muitas vezes ultrapassa o campo específico de saber da área da saúde.

A Crise do Modelo Assistencial de Saúde

Um dos ‘gargalos’ do modelo assistencial diz respeito à insuficiente identificação e precária captação da clientela. A baixa resolu-bi-lidade dos serviços ambulatoriais, a falta de monitoramento das doenças mais preva-lentes e os escassos serviços domiciliares fazem com que o primeiro atendimento ocorra, muitas vezes, em estágio avançado, dentro do hospital, o que, além de aumentar os custos, diminui as chances de um prognóstico favorável. Em geral, as doenças dos mais velhos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico constante e medicação contínua. Além disso, a abordagem médica tradicional, focada em uma queixa principal, e o hábito médico de reunir todos os sintomas e sinais em um único diagnóstico podem até se adequar, com algumas restrições, ao adulto jovem, mas certamente não se aplicam aos idosos.

O modelo assistencial baseado na atuação de múltiplos especialistas e no uso intensivo de exames complementares está esgotado. É por esse motivo que a definição de um médico responsável pelo paciente, com alta capacidade resolutiva, torna-se elemento fundamental para o sucesso dos sistemas de saúde.

Tornou-se lugar-comum, aceito por todos, falar da necessidade de se organizar uma porta de entrada para o sistema. Cabe, no entanto, observar que o médico responsável pela entrada do paciente no sistema pode ter características e funções distintas, dependendo do modelo a ser implementado. Por exemplo: o médico da porta de entrada que segue a lógica do modelo inglês possui uma boa formação generalista e, por esse motivo, tem alta capacidade resolutiva, permitindo estabelecer uma fidelização do paciente com o referido profissional. Já no modelo americano, a porta de entrada tem como característica um serviço de triagem, visando a um melhor encaminhamento para o médico especialista. É contraditório propor o modelo de porta de entrada baseado na lógica do médico especialista.

Quanto mais médicos, exames e intervenções, maior a probabilidade de iatrogenia e a conseqüente piora do quadro de saúde do usuário. O modelo de múltiplas escolhas não é apenas mais caro, mas também pior do ponto de vista da relação paciente-médico e da resolubilidade dos problemas de saúde.

Apostar em instalações e espaços para tratamentos ultra-especializados em hospitais é ir contra uma tendência que indica claramente ser o hospital uma instituição reservada para casos cirúrgicos ou para intervenção nos casos agudos, permitindo a transferência o mais breve possível para unidades intermediá-rias, como, por exemplo, a assistência domiciliar (*home care*).

O avanço tecnológico das últimas décadas permitiu a miniaturização e automação de equipamentos de alta tecnologia, tais como respiradores mecânicos, bombas de infusão, máquinas de diálise e equipamentos de administração de medicamentos, permitindo que eles pudessem ser mais simples e de custo mais baixo. Pode-se, portanto, transferir parte da parafernália

hospitalar para o interior da residência do doente. Procedimentos cirúrgicos que demandavam vários dias de internação hoje são realizados em consultórios/ambulatórios ou foram reduzidos à metade do tempo ou menos, trazendo mais conforto para o paciente, reduzindo as chances de infecção hospitalar, além de uma conta menor para o pagador. Esses fatores levam a uma menor utilização do hospital e à conseqüente ampliação dos procedimentos realizados no lar – *home care*.

Não se pretende adotar uma concepção niilista em relação aos hospitais, desqualificando-os *in totum* Os bons hospitais serão sempre necessários. Além do mais, nem todos os pacientes são elegíveis para o tratamento domiciliar. No entanto, assume-se que não é razoável transformarmos os hospitais em porta de entrada do sistema de saúde, quando a medicina contemporânea mostra que tal modelo, além de ser muitíssimo mais caro, é também mais ineficiente, e por estes motivos tende a ficar restrito a indicações precisas. Com a ampliação da população idosa, a modalidade do cuidado domiciliar tende a acompanhar esse crescimento. O idoso com múltiplas patologias, mas que almeja ter sua vida o menos conturbada possível, opta, na imensa maioria das vezes, pelo tratamento domiciliar.

Um dos determinantes dos custos ascendentes do setor Saúde decorre de uma situação tida como 'paradoxo tecnológico'. Enquanto em todos os ramos da economia a incorporação de novas tecnologias vem reduzindo os custos e melhorando produtos e serviços, na saúde, produtos e serviços ficam cada vez mais caros, sem que necessariamente melhore a qualidade do processo e se atinja a cura.

Nunca é demais lembrar que o brasileiro tinha a expectativa de vida ao nascer, em 1900, de 33 anos e que em apenas cem anos essa expectativa de vida dobrou. Certamente, essa foi a maior conquista do último século. No entanto, viver mais sem qualidade não é uma vitória, e sim motivo de preocupação. O que se almeja é aumentar o tempo de vida, se possível até o limite biológico, com qualidade e autonomia, e para tal o modelo de assistência à saúde tem de se ajustar às demandas do tempo presente. Aliás, após tantos esforços realizados para prolongar a vida humana, seria lamentável não se oferecerem condições adequadas para vivê-la plenamente.

Conclusão

Fazendo eco ao panorama mundial, o envelhecimento da população idosa brasileira revela indicadores positivos de uma melhora na qualidade de vida da população e de um conseqüente aumento na expectativa de vida dos brasileiros. Entretanto, esse processo caracteriza-se por algumas particularidades. Em primeiro lugar, ele se verifica no Brasil, como em outros países em desenvolvimento, com uma velocidade sem precedentes na história da humanidade. Esse rápido crescimento, em ambiente de pobreza e grandes desigualdades sociais, tem repercussões importantes sobre a sociedade em geral (Lima e Costa et al., 2003). Segundo Berquó (1999), esse processo poderia reforçar desigualdades já existentes entre diferentes estratos da população, contribuindo assim para aumentar a exclusão dos idosos.

Cabe aqui ressaltar as conseqüências do surgimento de novas demandas por parte dessa população crescente em um contexto caracterizado pela escassez de recursos. A garantia da renda mínima e universal para a população idosa, elemento que contribuiu de maneira importante para a melhoria da condição de vida dessa população, está ameaçada pelo déficit da Previdência Social. Esse fato torna-se ainda mais relevante se considerarmos o grande contingente de mulheres entre os idosos e a maneira acentuada como a população feminina foi afetada por essa medida.

Também as condições socioeconômicas do idoso brasileiro parecem determinar um acesso diferenciado à atenção médica e ao tratamento, estendendo ao campo da saúde as desigualdades determinadas pela concentração de renda que caracteriza o Brasil. Além disso, fica evidente o despreparo do sistema de saúde atual diante das demandas surgidas com o envelhecimento populacional. Esse sistema foi concebido para atender à demanda materno-infantil, portanto responde mal às exigências do manejo das doenças crônico-degenerativas e de incapacidades que acompanham o envelhecimento da população. Os dados aqui apresentados atestam que se gasta muito e mal em hospitalizações e internações de longa permanência, e que é preciso substituir o paradigma biomédico por um paradigma ampliado que integre a reabilitação, a prevenção, a promoção da saúde e a inclusão social do idoso.

Ou seja, devemos enfatizar que a população idosa não constitui um grupo homogêneo; ela é composta por pessoas com trajetórias de vida distintas construídas a partir da interação entre indivíduo e contexto social. Vulnerabilidades também surgem da interação entre os elementos intrínsecos ao envelhecimento biológico e aqueles relacionados às características do indivíduo e às dinâmicas social e cultural. Assim, programas e políticas visando à população idosa devem basear-se em um profundo conhecimento do contexto e em uma identificação e integração de todos os recursos disponíveis, tanto individuais quanto coletivos.

O grande desafio das políticas públicas para o século XXI é a garantia de uma sobrevivência digna para todos aqueles tiveram suas vidas prolongadas em anos. A busca de soluções adequadas exige que se adote prioritariamente uma visão interdisciplinar do envelhecimento da população brasileira como um elemento fundamental nas investigações científicas do novo milênio. Além disso, é imprescindível que se crie uma consciência e um compromisso entre os gestores e definidores de políticas a respeito da importância da inclusão deste tema, como prioridade para as próximas décadas, nas agendas econômicas, sociais e políticas do nosso país.

Referências Bibliográficas

BARROS, R. P. de; MENDONÇA, R. & SANTOS, D. Incidência e natureza da pobreza entre os idosos. In: CAMARANO, A. A. (Org). *Muito Além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: Ipea, 1999.

BERQUÓ, E. Considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: LIBERALESSO, A. & DEBERT, G. G. (Orgs.) *Velhice e Sociedade*. Campinas: Papirus, 1999.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS et al. (Orgs.) *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

CAMARANO, A. A. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? *Estudos Avançados*, 49:35-63, 2003.

CAMARANO, A. A. & PASINATO, M. A. *Envelhecimento, Condições de Vida e Política Previdenciária: como ficam as mulheres?* Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2002. (Texto para discussão 883)

CAMARANO, A. A. et al. Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, A. A. (Org). *Muito Além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: Ipea, 1999.

CORIN, E. Regards anthropologiques sur la vieillesse. *Anthropologie et Sociétés*, 6(3):63-90, 1982.

CORIN, E. Définisseurs culturels et repères individuels: le rapport au corps chez les personnes agées. *International Journal of Psychology*, 20:471-500, 1985.

DEBERT, G. G. *A Reinvenção da Velhice*. São Paulo: Edusp, 1999.

GOLDANI, A. M. (1999). Mulheres e envelhecimento: desafios para os novos contratos intergeracionais e de gêneros. In: CAMARANO, A. A. (Org.) *Muito Além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: Ipea, 1999.

GORDILHO et al. *Desafios a Serem Enfrentados no Terceiro Milênio pelo Setor Saúde na Atenção Integral ao Idoso*. Rio de Janeiro: UnATI, 2000.

GUEDES, S. L. Dos muitos modos de envelhecer no Brasil: uma “antropologia do envelhecimento”? *Arquivos de Geriatria e Gerontologia*, 3(3):86-93, 1999.

LIMA-COSTA, M. F. Epidemiologia do envelhecimento no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z. & ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*. 6.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO & S. M. & GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3):735-743, 2003.

LIMA-COSTA, M. F. et al. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3):745-757, 2003.

LLOYD-SHERLOCK, P. *Ageing, Development and Social Protection: a research agenda*. Unrisd Meeting on Ageing, Development and Social Protection, 2002

NOGALES, A. M. V. A Mortalidade da população idosa no Brasil. In: *Como Vai? População Brasileira*. Ano III, 3:24-32, dez.1998.

OLIVEIRA, F. E. B. de; GUERRA, M. & CARDOSO, F. P. Uma avaliação das reformas recentes do regime de previdência. Encontro da Apep, XII. Anais... Minas Gerais, 2000.

SIMÕES, J. A. Solidariedade intergeracional e reforma da Previdência. *Estudos Feministas*, 5(1):169-181, 1997. (Dossiê Gênero e Velhice)

UCHOA, E.; FIRMO, J. O. A. & LIMA-COSTA, M. F. F. Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural. In: MINAYO, M. C. S. & COIMBRA, C. (Orgs.) *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

UCHOA, E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3):849-854, 2003.

VERAS, R. P. *País Jovem com Cabelos Brancos: a saúde do idoso no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

VERAS, R. P. Apresentação. In: VERAS, R. P. (Org.) *Terceira Idade: desafios para o terceiro milênio*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.

28. EMPREENDIMENTOS ECONÔMICOS SOLIDÁRIOS:

uma Via Saudável na Recuperação do Sentido do Trababalho

Carlos Minayo-Gomez
Sonia Maria da Fonseca Thedim-Costa

Este estudo tem como base uma linha de pesquisa que vimos desenvolvendo, fundada na necessidade de abordar novos objetos de investigação que se inserem na ampla problemática decorrente das profundas transformações no mundo do trabalho. Nossos investimentos precedentes voltaram-se para a análise das repercussões na saúde de formas precarizadas de trabalho a que se encontram submetidos grandes contingentes de trabalhadores, segmentos mais vulneráveis da lógica atual de flexibilização das estruturas produtivas e das formas de organização e divisão social do trabalho. Uma precarização que se expressa na fragilidade dos arranjos laborais, na instabilidade e irregularidade ocupacional, bem como no subemprego e desemprego recorrente, duradouro e sem perspectivas de inclusão no mercado formal. Esse cenário, concomitante e avesso da reestruturação produtiva, agrava-se pela ausência de mecanismos de proteção social e leva amplos segmentos da população a percorrerem trajetórias marcadas pela insegurança, pelo sofrimento, pela convivência com um provisório que perde seu caráter circunstancial.

Constatado esse quadro, de forma contundente, nos estudos que realizamos entre operários da construção civil – subjugados por um processo aviltante de terceirização – e trabalhadores do setor informal, optamos por desenvolver investigações sobre propostas alternativas que, em diferentes espaços sociais, vêm sendo construídas. Iniciamos esse percurso analisando iniciativas promissoras de organizações não-governamentais com jovens das classes populares em situação social de risco diante das restritas oportunidades do mercado de trabalho, exacerbadas pela atração por atividades à margem da legalidade. Com o intuito de avançar nessa direção, propomo-nos atualmente a investigar alguns empreendimentos econômicos solidários, buscando compreender em que medida essas experiências associativas, além de constituir-se em estratégias de sobrevivência e de resistência diante do desemprego ou subemprego, podem contribuir para dotar o trabalho de um outro sentido e promover a saúde dos trabalhadores.

Os Empreendimentos Econômicos Solidários

Os empreendimentos econômicos solidários abarcam um amplo leque de agrupamentos, nos mais diferentes setores socioeconômicos, sob a forma de empresas autogeridas pelos trabalhadores; pequenas e médias associações ou cooperativas de produção, comercialização e dos mais variados serviços; projetos comunitários e cooperativas agropecuárias. Essas experiências organizacionais, freqüentemente desenvolvidas com a intermediação e o incentivo de organizações religiosas, ONGs, movimentos sociais, sindicatos, universidades, instâncias governamentais e agências internacionais, inscrevem-se hoje em torno da dinâmica das chamadas "novas formas de solidariedade" (França, 2001) e compõem o campo da economia solidária. Uma noção que surge a partir – e para dar conta – de conjuntos significativos de iniciativas econômicas que compartilham alguns traços constitutivos e essenciais de solidariedade, mutualismo, cooperação e autogestão comunitária, configurando uma racionalidade diferente da que sustenta o modelo econômico vigente (Razeto, 1993; Gaiger,1996; Singer, 2002). Tais iniciativas representam um considerável avanço em relação a outras atividades, individuais ou grupais, que os setores populares desenvolvem para assegurar a satisfação de suas necessidades econômicas (Tiriba, 2001).

Historicamente, as bases da economia solidária já se encontravam presentes na Idade Média, nas guildas, confrarias, corporações de ofício e associações de solidariedade entre trabalhadores. Do movimento associativista operário da primeira metade do século XIX, na Europa, emergiu também um grande número de experiências solidárias largamente influenciadas pelo ideário da ajuda mútua, da cooperação e da associação. Representavam, à época, formas de resistência e proteção social, no contexto de nascimento do capitalismo, diante da situação de pobreza de amplas parcelas da população, da exploração do trabalho e do desemprego. Como iniciativas oriundas dos setores populares, combinavam na sua ação organizacional dimensões sociais e econômicas tendo como pano de fundo a luta política. Para os socialistas utópicos, essas 'associações livres de produtores' conduziriam a uma mudança gradual e pacífica da sociedade capitalista, possibilitando uma redistribuição eqüitativa das riquezas. Ao longo da história, no entanto, tais experiências, conhecidas como de 'economia social', foram mudando de fisionomia e, em sua maioria, acabaram se transformando em unidades de produção ou de serviços nos moldes da economia de mercado.

No contexto atual, particularmente na Europa, o fenômeno da economia solidária surge ligado à problemática de uma crescente exclusão social, à crise da sociedade do trabalho, da sociedade salarial, do compromisso keynesiano (Laville, 1994) ou do equilíbrio fordista, o que configura, no diagnóstico de Castel (1998), a "nova questão social". Nesse quadro de falência dos mecanismos de regulação econômico-política da sociedade, florescem práticas socioeconômicas visando a propor – a partir de iniciativas locais – serviços de um tipo novo, designados pelo termo "serviços de proximidade" ou "serviços solidários" (França, 2001). Representam, de um certo modo, um prolongamento das solidariedades praticadas no cotidiano da vida no interior dos grupos primários. As microempresas familiares, as empresas associativas ou, ain-

da, as organizações econômicas populares constituem alguns exemplos desse universo. A economia solidária distancia-se de uma racionalidade centrada na acumulação do capital, organiza-se a partir de fatores humanos e adota como meta "a reprodução ampliada da vida" (Coraggio, 1997).

A Economia Solidária no Brasil

O cooperativismo chegou ao Brasil no começo do século XX, trazido pelos emigrantes europeus, que fomentaram principalmente a criação de cooperativas de consumo na cidade e de cooperativas agrícolas no campo. As de consumo eram, em geral, formadas pelas empresas com a finalidade de reduzir as despesas dos trabalhadores com produtos básicos para o sustento familiar. Com a expansão das grandes redes de supermercados, a maioria dessas iniciativas refluiu. As cooperativas agrícolas foram se desenvolvendo, a ponto de algumas se transformarem em grandes empreendimentos agroindustriais ou comerciais. Nenhuma dessas cooperativas, porém, adotou uma proposta verdadeiramente autogestionária (Singer, 2002).

Foi a partir da década de 80 do século passado que, com o crescimento do desemprego e da exclusão social – aliado à limitada capacidade reguladora de um Estado que nunca foi caracterizado como de bem-estar social –, a economia solidária adquiriu impulso. Assumiu a forma de cooperativas ou associações produtivas autogestionárias, de diferentes modalidades, que vêm se articulando e recebendo o apoio de diversas instituições. Merece destaque, nesse sentido, a contribuição da Cáritas Brasileira, que financiou milhares de pequenos projetos destinados à geração de emprego e renda, de forma associada, para moradores das periferias urbanas e da zona rural de diferentes regiões do país (Bertucci, 1996). Nessa mesma linha, o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) criou cooperativas agrícolas, agrupadas no Sistema Cooperativo dos Assentamentos (SCA), que atualmente abrange cooperativas agropecuárias, de prestação de serviços e de crédito. A Central Única dos Trabalhadores (CUT) instituiu também a Agência de Desenvolvimento Solidário (ADS), que, além de difundir conhecimentos sobre economia solidária, apóia projetos por meio de uma rede nacional de crédito solidário.

Entre as instituições que desempenham uma importante função no processo de organização de cooperativas e grupos de produção associada, encontram-se as Incubadoras Tecnológicas de Cooperativas Populares. Integradas por professores universitários e alunos de diversas áreas de conhecimento, oferecem a grupos comunitários formação em cooperativismo e economia solidária, bem como apoio técnico, logístico e jurídico para viabilizar seus empreendimentos. Cabe ressaltar ainda os programas de estudo e pesquisa desenvolvidos pela Fundação Unitrabalho.

Uma vertente significativa, entre os empreendimentos, é composta pelas cooperativas autogestionárias de trabalhadores que assumiram empresas falidas ou em situação pré-falimentar. Criaram a Associação Nacional de Trabalhadores em Empresas de Autogestão e de Participação Acionária (Anteag), com o objetivo de resgatar o processo de produção através da recuperação

do conhecimento coletivo (Anteag, 2000), perante a premência em viabilizar e implementar, com as competências requeridas, o funcionamento da gestão cooperativa. A associação nasce para assessorar as novas empresas solidárias no enfrentamento de inúmeras questões, como as relativas à organização do trabalho e da produção, à tecnologia, ao controle orçamentário, à comercialização dos produtos, à legislação e ao acesso a crédito. O êxito dessas empresas – em sua maioria industriais, mas também agrícolas e de mineração – foi decisivo para que um número crescente de iniciativas venha solicitando a assistência dos técnicos e formadores da Anteag.

Pode-se constatar a grande relevância que tais formas de geração de trabalho e renda – não restritas à dimensão econômica – vêm adquirindo no país, pelo elevado número de redes e fóruns articuladores, com diferentes finalidades e níveis de abrangência. Centenas de iniciativas, que tendiam a ficar isoladas e, por isso, debilitadas, passaram a se articular nos últimos anos e constituíram, recentemente, o Fórum Nacional de Economia Solidária. A decisão do governo federal de investir no fomento e fortalecimento dessas iniciativas, com a criação da Secretaria Nacional de Economia Solidária, evidencia a importância crescente dessa área e seu grau de mobilização.

A Relação Trabalho-saúde nos Empreendimentos

Nesse diversificado e heterogêneo universo, contemplamos – como objeto de investigação – as questões relativas à saúde dos trabalhadores das empresas autogestionárias anteriormente mencionadas. Partimos do entendimento de que o trabalho ocupa um lugar central e diferenciador das condições de reprodução social das populações. Do ponto de vista do campo denominado saúde do trabalhador (Lacaz, 1996; Mendes & Dias, 1991; Minayo-Gomez & Thedim-Costa, 1997), a análise da interseção das relações sociais e técnicas que configuram os processos de trabalho constitui a referência fundamental na avaliação do quadro de saúde de um coletivo de trabalhadores. No interior das unidades de produção associada, o controle desses processos depende da decisão dos próprios trabalhadores. As mudanças das situações geradoras de agravos à saúde, portanto, ocorrem em função das condições favoráveis – objetivas e subjetivas – presentes no andamento dos empreendimentos. Assim, o estudo dessas experiências configura-se numa oportunidade ímpar para reunir elementos elucidativos sobre as possibilidades de incorporação das premissas do campo da saúde do trabalhador, quando se interfere nas condições e relações de trabalho sem as mediações intrínsecas à valorização do capital. Sua análise pode oferecer ainda marcos de referência para sustentar negociações que visem à melhoria dos processos laborais nas empresas convencionais, em que a ingerência dos trabalhadores decorre, fundamentalmente, da correlação de forças vigente entre capital e trabalho.

Na análise desses processos, as noções mediadoras de risco, carga, desgaste e exigências (Laurell & Noriega, 1989; Noriega, 1993) constituem elementos balizadores das condições de trabalho e do grau de controle de seus impactos na saúde. Ao estudar as propostas autogestionárias sob essa perspectiva, é imprescindível levar em conta uma séria de entraves para a

adoção de medidas efetivas de proteção à saúde, tanto em relação às condições materiais/ambientais como às configurações técnicas/organizacionais. A necessidade de enfrentar, entre outros empecilhos, as dívidas assumidas, o atraso no recebimento dos passivos trabalhistas, as dificuldades de acesso a créditos, os conflitos com a legislação das cooperativas, com os órgãos tributários, acaba por adquirir prioridade, já que de sua superação depende a continuidade do investimento.

No estágio atual, o grande e inquestionável avanço diz respeito à subjetividade dos cooperados, ao significado do trabalho, ao modo de ser-no-trabalho, ao relacionamento interpessoal, bem como às potencialidades de realização das aptidões e capacidades criativas humanas tendentes a superar a alienação do trabalho nos processos de produção e de apropriação dos bens (Marx, 1982; Mészaros, 1981).

Mapeamento da Questão

Consideramos este estudo uma revisão bibliográfica seguida por um trabalho de campo exploratório, visando ao levantamento de questões relevantes. Os investimentos realizados nesta fase nos municiaram de subsídios para a seleção dos empreendimentos a serem investigados e a elaboração dos instrumentos de pesquisa. O quadro obtido tem como base um conjunto de entrevistas efetuadas e de contatos mantidos com profissionais das diversas frentes que compõem o campo da economia solidária. Trata-se de representantes de prefeituras e governos estaduais que implantaram programas de apoio a essas iniciativas, técnicos de ONGs, professores da rede universitária de incubadoras e membros da Anteag. Foram também coletadas informações em enquetes efetuadas recentemente por assessores e em diversos eventos relativos a essa temática, dos quais participamos. Embora a amplidão desse universo exigisse contemplar uma série de distinções quanto às diferentes iniciativas e a seus associados – o que será objeto de atenção na continuidade desta pesquisa –, sintetizamos, a seguir, os aspectos que, dentro de uma visão panorâmica, adquirem maior relevância.

Nas publicações existentes encontramos, com raras exceções, poucos elementos empíricos que reflitam o percurso dos trabalhadores e as mudanças percebidas por eles, ao longo da construção dos empreendimentos. O estudo realizado por Lopes e colaboradores (2001), a partir do discurso dos trabalhadores, numa amostra representativa do conjunto dessas experiências, principalmente no estado do Rio Grande do Sul – onde se desenvolvem com maior pujança – nos oferece alguns traços significativos das potencialidades de uma cultura do trabalho autogestionária. Encontram-se subsídios complementares, nesse sentido, na pesquisa efetuada no Rio de Janeiro com cooperativas populares por Tiriba (2001). Consideramos que nesses estudos interpretam-se as representações sociais (Minayo, 1994) dos cooperados – inseridos em funções diferentes – entendendo-se as práticas discursivas como linguagem em ação (Orlandi, 1987), vinculadas ao contexto em que são produzidas e que comportam regularidades e diversidades. Cabe destacar a ponderação dos autores ao evitar certas presunções quanto à intencionalidade dos cooperados em favor de um processo de transformação social. Propuseram-se a

conhecer uma cultura em gestação que vem sendo construída na vivência cotidiana, sem querer atribuir aos trabalhadores uma intenção que, embora necessária, não pode ser tomada como um *a priori*. A consciência é algo que emana exatamente dessa vivência, dessa nova cultura, das percepções que estão orientando hoje os trabalhadores.

Os estudos constatam que, na maioria dos casos, não houve dificuldades em aliar o espírito solidário ao empreendedorismo, embora os empreendimentos se encontrem ainda frágeis, já que se iniciaram, há poucos mais de quatro anos, com trabalhadores que desconheciam o que fosse uma empresa de autogestão e vêm se deparando com sérios problemas econômicos e financeiros. Esse quadro agrava-se quando o coletivo de trabalhadores não tem a propriedade da empresa (do equipamento e do prédio), nem garantias para conseguir empréstimos, com vistas a modernizar o maquinário ou a obter capital de giro.

Os trabalhadores das empresas pesquisadas vêm assegurando sua sobrevivência e, apesar da média das retiradas ser ainda baixa, mantêm uma acentuada expectativa de melhoria. O fato de serem ou se sentirem futuros donos dos meios de produção, de trabalhar para si mesmos e não mais subordinados a fins que lhes são alheios, representa um dos grandes atrativos para se empenharem no sucesso da empresa, o que se expressa em diversas manifestações de cooperação no processo produtivo, com o estreitamento de laços relacionais e evidência de maior união e ajuda mútua entre os cooperados. Esses elementos constituem um valor agregado ao trabalho, de natureza diametralmente oposta à do obtido em empresas do mercado formal que induzem níveis de participação e responsabilidade nos seus processos produtivos. Como pondera Antunes (1999), tais estratégias não eliminam as formas de estranhamento ou alienação do trabalho e, inclusive, em muitas situações, as intensifica por meio do "envolvimento manipulatório" próprio da era do toyotismo, que leva a radicalizar a primazia da produtividade e da competitividade. A centralidade de uma forma de trabalho que exige a entrega do corpo, da alma e das energias dos participantes, mas a favor de seus interesses e necessidades, também redunda numa maior produtividade em comparação com outras empresas do mesmo porte (Gaiger, 1999). O compromisso de todos com o trabalho tem como intuito o bom desempenho da empresa, e a eficiência resultante da cooperação, certamente, vem mediada pela confluência de interesses individuais e coletivos, que não são necessariamente incompatíveis.

Os trabalhadores associados exercitam sua criatividade, buscam o aperfeiçoamento profissional, cuidam do aproveitamento e preservação dos equipamentos, habitualmente obsoletos, num trabalho que, realizado com liberdade, adquire novo significado. Confrontam-se com a possibilidade de se tornarem sujeitos do próprio conhecimento e desenvolvimento, seja em relação ao trabalho em si mesmo ou ao modo de interação com os outros trabalhadores.

Apesar das dificuldades financeiras de introduzir as mudanças tecnológicas necessárias e de continuar sob a lógica anterior da divisão do trabalho e do parcelamento de tarefas, reduz-se o distanciamento entre concepção e execução, reduzindo-se o grau de alienação relativo ao processo produtivo e à destinação dos frutos do trabalho. Transformações mais efetivas deman-

dariam um investimento em inovações tecnológicas que, além de diminuir o tempo de dedicação ao trabalho, possibilitassem uma melhor adequação dos meios de produção ao desenvolvimento das capacidades humanas.

O apoio financeiro e/ou a assessoria de órgãos públicos e entidades diversas foram essenciais para a viabilização das iniciativas mais consolidadas, que conseguiram a eficiência econômica para empreender uma estratégia de mercado e oferecer produtos de qualidade, quando as empresas assumidas encontravam-se em situações desfavoráveis, tendo que reconstituir toda a sua estrutura de fornecedores e clientes. Tanto esse suporte, também fundamental na criação de redes de produtores e consumidores, quanto os vínculos mantidos com movimentos sociais e instituições constituíram uma base de sustentação, sobretudo para os que não tinham condições de competir com as empresas convencionais.

Os pesquisadores observam, no entanto, entre os cooperados, que as demonstrações de satisfação originadas nas experiências vêm permeadas por sentimentos contraditórios, que se misturam e se confundem, revelando o enraizamento da velha cultura do assalariamento. Seus resquícios manifestam-se freqüentemente na relutância em se desapegar das funções anteriores, que, quando superada, redunda em novos aprendizados e capacidades decorrentes do exercício de tarefas mais abrangentes. Nota-se também uma tendência a reproduzir relações de submissão à hierarquia, assim como a disposição hesitante em assumir o peso da responsabilidade na gestão das empresas, o que representaria o grande salto na implantação de iniciativas verdadeiramente autogestionárias. A dificuldade em estabelecer canais mais efetivos de participação e de confronto de idéias é precisamente uma das maiores deficiências detectadas em grande parte dos empreendimentos. Entendemos que essa não é uma questão específica da prática autogestionária, mas traduz a propensão contemporânea a abdicar do valor da liberdade, da capacidade consciente de influir na construção de sociedades democráticas (Mills, 1972). Essa dificuldade, mantida pelo modo de produção fordista, reflete os valores e contra-valores da sociedade de produção em massa (Harvey, 1998) e do trabalhador de tipo taylorista. Por isso, constata-se maior grau de participação naqueles cooperados que percorreram uma trajetória de militância em movimentos sociais ou adquiriram uma formação sólida em associativismo (Tiriba, 2001). É premente, portanto, como afirmava o presidente da Anteag no 11º Encontro Nacional dessa associação, que aqueles que estão dirigindo essas empresas invistam em programas de capacitação consoantes com o "espírito" da autogestão, de modo que os trabalhadores reconheçam os valores da experiência construída para evitar que "os empreendimentos passem a ser meramente empresas com empregados, com alguém mandando e alguém obedecendo".

Do ponto de vista da saúde dos trabalhadores, a mudança nas relações de trabalho estabelecidas nos processos autogestionárias certamente vem propiciando – em grau e extensão diferenciados – o desenvolvimento de potencialidades humanas. Quanto à problemática da saúde e segurança, carecemos de elementos suficientes para afirmar que têm sido introduzidas alterações significativas no controle e prevenção dos riscos, bem como nos impactos ambientais decorrentes da produção. A premência em garantir a viabilidade dos empreendimentos, dian-

te das limitações já mencionadas, associa-se aos vestígios de uma cultura impregnada pela banalização dos riscos. Como afirma um assessor da Anteag, é preciso ir fomentando novos valores, já que se encontra muito embutida uma concepção que associa o trabalho à 'dureza' e, em conseqüência, predomina a naturalização da convivência com os riscos mais evidentes.

Algumas Considerações

Gostaríamos de assinalar alguns pontos que julgamos fundamentais: o sentido da economia solidária no contexto internacional e nacional do mercado de trabalho; sua importância na subjetividade dos trabalhadores; a necessidade de apoio técnico, reflexivo e econômico a esse tipo de experiência; as repercussões para a saúde coletiva e individual dos trabalhadores e, por fim, as limitações práticas e teóricas que se configuram como desafios.

Podemos afirmar que a economia solidária no Brasil começa a constituir-se em uma alternativa viável à crise do mercado de trabalho e que, centrada na valorização do saber e da criatividade humanos, vem superando gradativamente o desafio da competitividade no interior das relações mercantis. Com a união de seus membros em torno de um objetivo comum e com diversos elos de cooperação de agentes mediadores, consegue-se abrir caminhos que levam à geração de emprego e renda e a uma melhoria na qualidade de vida. Os empreendimentos desse setor, no entanto, compõem um universo bastante heterogêneo e, freqüentemente, proporcionam apenas condições de sobrevivência dos trabalhadores. Apesar de enfrentarem riscos e obstáculos objetivos e subjetivos, suas proposições, num processo lento e complexo, fortalecem os trabalhadores como sujeitos dos meios e recursos para produzir e distribuir riquezas. Opera-se uma gradativa transformação pessoal, expressa na incorporação de novos valores, atitudes, modos de relacionamento e participação social, incluindo-se mudanças culturais nas relações de gênero. As manifestações de satisfação se traduzem nas relações de colaboração e num maior compromisso com o trabalho em comparação com o emprego formal, embora continue influindo o *ethos* conflitante do assalariado e a ausência histórica de uma cultura cooperativa entre nossos trabalhadores.

Os benefícios conseguidos, portanto, são notáveis, e maiores avanços poderão obter-se por meio de um processo de capacitação em sintonia com as premissas da autogestão e com a criação de cadeias de produção, comercialização, consumo e crédito. A economia solidária significa, ao mesmo tempo, uma luta de resistência à lógica do capital e uma via ofensiva, cujo horizonte é de outro tipo de produção em que os trabalhadores sejam verdadeiramente sujeitos. Ela institui novas formas de sociabilidade e identidades sociais baseadas no exercício do direito a um trabalho emancipador – na busca da centralidade do trabalho na reprodução e organização social – a partir do que um cooperado chama de uma "produção boa", fundada no primado da solidariedade, da cooperação e da reciprocidade.

Hoje, atingiu-se um alto grau de articulação entre as diversas frentes, expresso na recente conformação do Fórum Nacional de Economia Solidária, com vistas a consolidar os princípios

norteadores que compõem o setor e a formular as estratégias de ação, bem como as principais necessidades coletivas desse novo 'sujeito social'. As demandas enunciadas incluem, além dos aspectos estritamente econômicos, das barreiras existentes para financiamento e dos entraves legais, o estabelecimento de políticas – não meramente compensatórias – e de programas governamentais destinados a superar as debilidades dos empreendimentos e a fomentar o desenvolvimento socioeconômico de populações e trabalhadores mais afetados pela reestruturação produtiva. Para a incrementação dessa plataforma, o Fórum, em virtude do espaço de reconhecimento público já conquistado, pode desempenhar um papel crucial como legítimo interlocutor com os diversos poderes do Estado e, de forma mais estreita, com a Secretaria Nacional de Economia Solidária, vinculada ao Ministério do Trabalho.

Especificamente quanto às empresas autogestionárias, merecem destaque algumas das reflexões do 1º Congresso Brasileiro de Trabalhadores e Empresas de Autogestão (Anteag, 2003), quando se constatou que essa nova forma organizativa deixou de ser meramente uma alternativa emergencial e passou a representar uma forma consistente de organização produtiva na busca do desenvolvimento integral, da sustentabilidade e da justiça social e econômica. Nesse documento, seus signatários afirmam tratar-se de processos em via de construção de um modelo que requer negar – na teoria e na prática – o que se pretende superar – competição, individualismo, exploração – e erguer o que se propõe – solidariedade, autonomia, autodeterminação, integração, confiança, cooperação. Em contraposição ao comportamento agressivo da concorrência do mercado, diante do qual precisam ser competitivos e duros, realçam a necessidade de resgatar as dimensões humanas e de manter um relacionamento fraterno com os parceiros ou companheiros como sujeitos que produzem e decidem. Reafirmam seu compromisso em evitar a precarização direta ou indireta das condições de trabalho – valorizando tanto a qualidade do processo quanto do produto – e qualquer prática de exploração entre empreendimentos, cadeias produtivas ou redes, empenhando-se na diminuição das diferenças de retiradas nas empresas.

Reconhecem, no entanto, que – apesar de superada a fase do conhecimento dos alicerces da autogestão, principalmente em suas dimensões econômicas, jurídicas, sociais e administrativas – permanece a preocupação em garantir uma vontade coletiva de participação, seja na hora de tomar decisões ou de manifestar descontentamentos e críticas. Recorrem à metáfora do passageiro e do tripulante para alertar os cooperados sobre a importância da participação ativa de todos nas instâncias coletivas formais, como premissa básica do processo autogestionário. Para avançar nessa direção, recomendam também que os dirigentes promovam formas de evitar a auto-imagem de patrões e as manifestações, quer de submissão dos companheiros, quer de ausência de pertencimento ao coletivo na condição de sujeitos. Consideram precisamente que no enfrentamento dessa questão cultural reside um dos maiores e mais instigantes desafios da atualidade, ou seja, o de combinar, de forma coerente, os aspectos teóricos e práticos da autogestão.

Cabe ressaltar o potencial da contribuição que a Anteag prestaria, caso efetivasse as propostas de avanço no processo de formação que se propõe a implementar, nessa etapa de amadurecimento das iniciativas do setor. Como representante legítima das empresas autogestionárias do país e integrante do Fórum Nacional de Economia Solidária, ela poderá ocupar um papel político decisivo numa conjuntura que se apresenta favorável para superar os principais entraves legais que limitam o fortalecimento dos empreendimentos atuais e futuros.

Num momento histórico em que a maior parte da força de trabalho situa-se fora do mercado formal, o movimento da economia solidária não parece representar apenas um abrigo temporário frente à exclusão social ou um fenômeno passageiro similar ao já vivido em épocas anteriores. Apesar de suas limitações, ele apresenta claros indícios de um novo estilo de vida, com grande potencial de melhorar significativamente o padrão de vida dos participantes nos empreendimentos e de lhes proporcionar uma inserção social mais justa e igualitária, como vem acontecendo em diversas experiências internacionais. Assim, é louvável a aspiração utópica que impregna e anima seus princípios e mobiliza aqueles empenhados na sua construção e propagação.

Entretanto, na contestação ao modo de produção capitalista, alguns de seus arautos incorrem, por vezes, no equívoco de pretender substituir o modelo liberal centrado na universalização do mercado pela utopia solidária baseada no antimercado (Coraggio, 2001). Ou, segundo questiona Antunes (1999), como uma alternativa real para a transformação da lógica do capital e do seu mercado. Embora caibam inúmeras indagações sobre o futuro desse universo complexo e heterogêneo, as experiências atuais já colocam desafios suficientes para se materializar um projeto comum capaz de fortalecer e ampliar as iniciativas do setor.

Finalmente, no que diz respeito ao foco de nossa investigação, embora tenhamos dado apenas os passos iniciais para a construção do cenário, o material coletado nos permite prever que obteremos elementos substantivos sobre as possibilidades de interferir nas condições e relações de trabalho sem as mediações inerentes à valorização do capital. E, em decorrência, para uma reprodução ampliada da vida – expressão que inspira os promotores da economia solidária –, gerada por sujeitos trabalhadores em processos produtivos mais saudáveis. Além da contribuição que o estudo pode propiciar para aqueles direta ou indiretamente implicados nesses empreendimentos, os resultados da pesquisa certamente possibilitarão a ampliação do conjunto de conhecimentos e práticas sobre a saúde dos trabalhadores já acumulados nas últimas décadas no país. Esperamos também que represente mais um marco de referência nas negociações para melhoria dos ambientes de trabalho e, conseqüentemente, da saúde dos trabalhadores em empresas não regidas pelos princípios da autogestão.

Referências Bibliográficas

ANTEAG. *Autogestão: construindo uma nova cultura das relações de trabalho*. São Paulo: Anteag, 2000.

ANTEAG. *Resoluções do 1º Congresso Brasileiro de Trabalhadores e Empresas de Autogestão*. São Paulo: Anteag, 2003.

ANTUNES, R. *Os Sentidos do Trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 1999.

BERTUCCI, A. Limites e possibilidades de organização dos excluídos: os projetos comunitários da Cáritas Brasileira. In: GAIGER, L. I. (Org.) *Formas de Combate e Resistência à Pobreza*. São Leopoldo: Editora Unisinos, 1996.

CASTEL, R. *As Metamorfoses da Questão Social: uma crônica do salário*. Petrópolis: Vozes, 1998.

CORAGGIO, J. L. Alternativas para o desenvolvimento humano em um mundo globalizado. *Proposta*, 72:30-38, 1997.

CORAGGIO, J. L. Problematizando la economía solidaria y la globalización alternativa. Québec: II Encontro Internacional sobre Globalização da Solidariedade, 2001.

FRANÇA, G. Novos arranjos organizacionais possíveis? O fenômeno da economia solidária em questão. *Organizações e Sociedade*, 8(20): 63-70, 2001.

GAIGER, L. I. Empreendimentos solidários: uma alternativa para a economia popular? In: GAIGER, L. I. (Org.) *Formas de Combate e Resistência à Pobreza*. São Leopoldo: Editora Unisinos, 1996.

GAIGER, L. I. A economia solidária no RS: viabilidade e perspectivas. *Cadernos Cedope*, 15, 1999. (Movimentos sociais e cultura)

HARVEY, D. *A Condição Pós-moderna*. São Paulo: Loyola, 1998.

LACAZ, F. A. C. *Saúde do Trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical*, 1996. Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

LAURELL, A. C. & NORIEGA, M. *Processo de Produção e Saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Cebes, Hucitec, 1989.

LAVILLE, J. L. *L'Economie Solidaire: une perspective internationale*. Paris: Desclée de Brouwer, 1994.

LOPES, J. R. et al. *Iniciativas Autogestionárias no Rio Grande do Sul*. São Paulo: Ibase, Anteag, 2001.

MARX, K. *Crítica da Economia Política* (Livro I - O processo de produção capitalista). 7.ed. São Paulo: Difel, 1982.

MENDES, R. & DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de Saúde Pública*, 25(5):341-349, 1991.

MÉSZAROS, I. *Marx: a teoria da alienação*. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

MILLS, C. W. *A Imaginação Sociológica*. Rio de Janeiro: Zahar, 1972.

MINAYO, M. C. S. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In: GUARESCHI, P. & JOVCHELOVITH, S. *Textos em Representações Sociais*. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINAYO-GOMEZ, C. & THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da Saúde do Trabalhador: percurso e dilemas. *Cadernos de Saúde Públic*a, 13(supl.2):21-32, 1997.

NORIEGA, M. Organização laboral, exigencias y enfermedad. In: LAURELL, A. C. (Org.) *Para la Iinvestigación de la Salud de los Trabajadores*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1993. (Paltex, salud y sociedad, 3)

ORLANDI, E. P. *A Linguagem e seu Funcionamento: as formas do discurso*. Campinas: Pontes, 1987.

RAZETO, L. Economia de solidariedade e organização popular. In: GADOTTI, M. & GUTIÉRREZ, F. *Educação Comunitária e Economia Popular*. São Paulo: Cortez, 1993.

SINGER, P. *Introdução à Economia Solidária*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2002.

TIRIBA, L. *Economia Popular e Cultura do Trabalho*. Ijuí: Editora Unijuí, 2001.

29. CONFLITO ENTRE INTERESSES AGRÍCOLAS E AMBIENTALISTAS NAS LOCALIDADES RURAIS DE NOVA FRIBURGO, RIO DE JANEIRO

Brani Rozemberg

Considerações Iniciais

O trabalho rural e o *ethos* dos grupos que a ele se dedicam são conhecidos muito superficialmente por outros setores da sociedade. Interpretações estereotipadas e/ou ideologizadas dos habitantes das vastas áreas rurais do país são comuns e se devem em parte à inserção marginalizada e desfavorável desses grupos na sociedade como um todo e numa economia de mercado mais abrangente. Os estereótipos em torno do homem do campo, nos últimos 40 anos, pouco se distanciaram do personagem Jeca Tatu de Monteiro Lobato, interpretado por Mazzaropi, preguiçoso, desconfiado, inapto para cooperar, sem iniciativa, desorganizado e avesso às mudanças e às benesses sociais trazidas pelo 'progresso'. A desvalorização, expressa no preço pago pelos frutos do trabalho rural, se estende às representações sociais do modo de vida e da cultura desses grupos.

A grande imprensa e a mídia pouco contribuíram para fazer avançar o conhecimento público desse segmento, profundamente integrado à vida nacional, por seu papel na produção de insumos, alimentos e matéria-prima para indústrias. Ainda que, nas últimas décadas, um grande número de telenovelas tenha tratado o universo rural como pano de fundo, nele contextualizando suas temáticas erótico-românticas, estas culminavam com a ascensão social individual dos personagens, sempre para fora do espaço e do estilo de vida rural. Pouco se diz sobre os que permaneceram no campo, entendido ainda hoje pelo senso comum como cenário bucólico, onde se encontram plantas e animais a serem preservados para as gerações futuras. Os programas de TV sobre a preservação ambiental também evidenciam essa dificuldade em incluir o ponto de vista do 'homem do campo' na temática ambientalista, reforçando a dicotomia entre 'mundo natural' e 'mundo humano'.

Quanto à produção científica encontrada na área da saúde, que de alguma forma tangenciava o universo do trabalho agrícola e das práticas sociais rurais, na grande maioria dos casos era extremamente técnica e raramente incluía a questão da cultura e dos valores humanos,

exceto quando para apontar comportamentos e estilos de vida insalubres, como obstáculo ao controle de doenças e à promoção da saúde.

Encontramos também na literatura da área da saúde as produções da sociologia e antropologia rural de orientação norte-americana, que sistematizaram razoável quantidade de dados sobre as práticas e sobre o trabalho rural, porém ainda estigmatizando a cultura das populações rurais como 'obstáculo' às metas dos programas. A tônica era o melhor conhecimento dos interesses, valores, conhecimentos e práticas rurais, para melhor implementação de 'seus próprios' projetos de intervenção sobre essa realidade. Para Stone (1992), existe ainda uma outra vertente entre as publicações dos programas de promoção em saúde. Ela é representada pelos programas que se opõem à visão da 'cultura como obstáculo' e que passam a encarar a cultura como 'recurso potencial a ser usado para o desenvolvimento', ou seja, como 'aliada'. Mesmo assim, marcados pelo etnocentrismo, seus adeptos também acreditam centralmente na superioridade e na verdade inerente à medicina e à educação moderna.

Em outras publicações, o universo do homem do campo era discutido pelo ângulo das desigualdades historicamente constituídas entre classes sociais. Apresentavam argumentos em favor da justiça social, da eqüidade, do fortalecimento da cidadania, das lutas pelo controle social, dos esforços de implementação de práticas sanitárias não coercitivas e não planejadas verticalmente. Em termos de qualidade dos debates, merecem destaque as publicações do CPDA – Pós-graduação em Desenvolvimento Cultura e Sociedade da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Ainda que suas contribuições sejam valiosas, também esse grupo de publicações pouco incluía o ponto de vista do trabalhador rural sobre a sua experiência. Essa ausência pode ser exemplificada pelo uso dos termos 'camponeses' ou 'campesinato', desconhecidos dos trabalhadores rurais, que por todo o Brasil se identificam como lavradores ou agricultores.

Em relação especificamente aos estudos em saúde do trabalhador, também são escassas as pesquisas em grupos rurais. Apenas para exemplificar, um dos últimos congressos da Associação Brasileira de Ergonomia (Abergo, 1999), contava, entre os 180 trabalhos aceitos, com apenas três sobre trabalho rural: um sobre colheita canavieira, um sobre colheita florestal e outro sobre agrotóxicos. É impressionante o fato de a ergonomia se ocupar de categorias profissionais como ciclistas e pára-quedistas em detrimento do imenso contingente de "funcionários da enxada" (expressão cunhada por agricultores, mencionada em Gomes & Rozemberg, 2000) que em nosso país certamente representam importante grupo profissional vitimado pelas LER (lesões por esforços repetitivos).

Deixando de lado, no escopo deste texto, as questões emergenciais dos movimentos de trabalhadores sem terra, focalizaremos especificamente aqueles que nunca deixaram a terra onde nasceram, e que a cultivam por processo de agricultura familiar há várias gerações. A quem efetivamente interessam? Se 'preocupam' hoje com o trabalhador rural aqueles que, movidos por interesses econômicos, vêem as áreas rurais como mercado consumidor; políticos que pretendem se eleger; turistas, que dependam de seus serviços; e os ecologistas e ambienta-

listas, com projetos geridos no meio acadêmico ou no âmbito das inúmeras organizações, governamentais ou não, que pesquisam e/ou 'pregam' o ambientalismo. Como ocorre na área da saúde, também estes têm focalizado suas preocupações na conversão dos valores e interesses dessas comunidades, antes mesmo de conhecê-las.

Introdução e Ocasiões de Coleta de Dados

O presente texto resulta de uma imersão contínua no contexto analisado, na condição descrita por Minayo (1999:142) como a de "participante total", aquela além da qual não há mais nada a não ser a absorção definitiva do observador pelo objeto de sua observação. Em 1999 passamos, na condição de moradores de área rural de Nova Friburgo, a trabalhar na Associação de Moradores de nossa localidade. Formalizamos nossas atividades de pesquisa com o projeto 'Representações sociais do ambiente e do ambientalismo entre trabalhadores rurais',[1] focalizando as relações entre núcleos discursivos distintos: os programas de saúde e ambiente, governamentais ou não, os novos moradores da área rural de Lumiar e adjacências, e os interesses de vida e trabalho dos agricultores. Aqui dedicamo-nos exclusivamente às questões relacionadas ao conflito de interesses e práticas agrícolas e ambientalistas, enquanto que os demais dados sobre as representações sociais do ambiente são trabalhados em outras publicações.

Estivemos avaliando estratégias de comunicação e níveis de participação em eventos e ONGs implantadas na região, verificando o significado dessas propostas para os trabalhadores rurais; sua percepção sobre as questões discutidas e os atores sociais envolvidos nessas iniciativas (Levyguard & Rozemberg, 2004). Em 2001 recebemos pesquisadores que realizaram entrevistas com agricultores sobre as condições de saúde e trabalho na região (Peres et al., 2004). Em 2002 passamos a integrar a Comissão Temática de Ambiente do programa DLIS de Nova Friburgo (Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável), que atuava em área composta por 16 localidades rurais de Nova Friburgo: Lumiar, São Pedro da Serra, Benfica, Toca da Onça, Boa Esperança, Rio Bonito, Vargem Alta, Córrego Santa Margarida, Andorinhas, Alto do Schuenk, Macaé de Cima, Gaudinópolis, São Lourenço, Santa Luzia, Bocaina e Campo do Coelho. O programa, parceria entre o Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (Sebrae) e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud), promoveu encontros integrando as distantes áreas rurais, onde trabalhamos com os representantes comunitários e com os demais especialistas voluntários. A partir das reuniões do DLIS, agendamos uma série de entrevistas formais sobre as representações sociais do ambiente e conflitos de interesses entre agricultores e ações ambientalistas em 16 localidades de Nova Friburgo. Com isso ampliamos o universo desta pesquisa e 'diluímos' as chances de identificação das áreas onde ocorreram denúncias, preservando a identidade de nossos entrevistados, que serão tratados aqui apenas como 'representantes comunitários', 'agricultores', 'neo-rurais' (moradores locais provenientes de áreas urbanas) ou 'associação de moradores'.

[1] Projeto que contou com apoio do CNPq entre março de 2000 e março de 2002.

O Contexto em Análise

Lumiar e adjacências estiveram praticamente isoladas por décadas. Foram colonizadas no início do século XX por imigrantes alemães e suíços, que até a década de 60 se deslocavam para Nova Friburgo apenas em tropas de burros por picadas na densa floresta, para a compra do querosene e do sal. Alheios às influências externas, famílias[2] como Klein, Bohm, Knupp, Thuller, Spitz e Schwenk persistiram em práticas agrícolas de base familiar, e apenas nas últimas três décadas contaram com "gente de fora" no local, o que resultou em choque entre valores (Gomes & Rozemberg, 2000).

O contexto de vida e trabalho dos pequenos produtores rurais de Nova Friburgo vem se modificando aceleradamente nos últimos anos. A desvalorização de seus produtos no mercado, acompanhada da elevação nos preços dos insumos agrícolas, vem levando muitos agricultores a buscar outras ocupações; porém, um contingente ainda expressivo vem acirrando o uso de suas competências já adquiridas, plantando mais para sobreviver, especializando seus cultivos ou, majoritariamente, investindo na criação de gado.

Atualmente, tais localidades recebem muitos veranistas e novos moradores (que chamaremos aqui de 'neo-rurais'), que são alvo de inúmeros programas e iniciativas de preservação ambiental, e, mais recentemente, de turismo ecológico. Entretanto, a repressão/restrição ao trabalho agrícola parece ter tido início apenas na década de 90:

> *Na primeira década que eu morei aqui tinha só as plaquinhas do IBDF: 'proibido desmatar'. Repressão mesmo veio na década de 90. Resolveram aplicar o Código Florestal, o 4771, que não é modificado desde 1965. Aí começa uma divulgação da mídia, né? Tem que preservar! Tem que preservar! Aí foi totalmente injusto [com o agricultor]. A palavra é esta: injustiça.* (Representante comunitário)

Radicalismo Verde

Uma das primeiras coisas que nos chamaram a atenção quando iniciamos um contato cotidiano na comunidade rural, na condição de moradores, foi a reação exacerbada de desconfiança que resultava de qualquer referência à beleza natural da região. Alguns vizinhos chegam a perguntar diretamente de que lado você está: se do lado deles (agricultura) ou da 'natureza'. Quando questionados sobre tal animosidade, nos esclareceram sobre a atuação de "gente de fora" na denúncia ao trabalho agrícola:

> *(...) Às vezes as pessoas de fora, que não mora aqui, eles vão lá e fazem a denúncia. (...) Porque eles são gente que mora como turista entendeu? (...) Porque eles vivem de bom salário. Já o agricultor não! Ele tem que viver da terra. Do que tem. Tinha um rapaz aí [turista] que tava denunciando quem fazia roça, começou a ouvir várias ameaças. Se mandou.* (Agricultora)

[2] Os nomes de nossos vizinhos constam quase todos, ainda que por vezes com grafia diferente, na obra de Jaccound (1999) entre as famílias de imigrantes suíços e alemães que vieram para o Brasil quando da assinatura do tratado de colonização por D. João VI em 1818, que culminou com a fundação de Nova Friburgo.

Em geral, o comportamento do veranista ou do novo morador é minuciosamente observado, de modo a se concluir de que lado ele está, se no da natureza ou no da agricultura, e em que extensão. As comunidades (ou arraiais) são muito pequenas, a identificação logo se dá e os que estão do lado da 'ecologia' são rapidamente estigmatizados. Foram vários os episódios relatados de animosidade em relação às denúncias, em casos extremos demonstrando o quanto veranistas desconhecem práticas rurais básicas.

Alguns interesses ambientalistas destoam das necessidades mais básicas de qualquer população. É o caso dos conflitos relacionados à instalação da luz elétrica e do asfaltamento das estradas principais e vicinais. Ainda que interfiram no *habitat* de muitas espécies vegetais e animais da Mata Atlântica, o asfalto e a luz são melhorias esperadas há muitas décadas por comunidades inteiras:

> *Tem veranistas que acham que não tem que ter asfalto nem luz, não podia ter telefone, não pode ter nada! Eles estão falando muito em função deles mesmos, que vêm de 15 em 15 dias, uma vez por mês, de carrão. Não estão vendo que tem gente que mora lá, idosos que precisavam dum ônibus pra sair mais fácil. (...) Ou da luz para uso do nebulizador, uma terapêutica, que na época de inverno, todo mundo com pneumonia. (...) Eu chamo isso de miopia ecológica.* (Neo-rural)

A Repressão ao Trabalho Agrícola

Os entrevistados são unânimes em atribuir grande constrangimento aos trabalhadores devido ao impacto da repressão policial sem justificativa plausível, pois, segundo eles, até hoje a população não entende que, tendo a posse da terra e trabalhando-a para o sustento de sua família, passem a ser perseguidos justamente por isso.

> *Numa ocasião vieram quatro agricultores que corriam porque tinha um helicóptero passando. Então, quando estavam trabalhando na roça, corriam pra dentro do mato. É chocante o medo que eles sentem, uma insegurança, um medo. Aí teve pessoas tendo insônia etc.* (Representante comunitário)
>
> *A região lá é muito distante de tudo. A luz tem quatro anos, não tinha televisão (...) Então o pessoal é muito isolado mesmo. Eles têm um respeito à polícia muito grande. O contato que eles tinham com polícia era quando havia algum crime, um roubo. Aparecia polícia. E de repente a polícia vem pra cima deles que estão trabalhando? Isso eles não entenderam.* (Representante comunitário)

Os agricultores se vêem injustiçados principalmente quando percebem que chegam pessoas de fora, sem qualquer vínculo com a terra, desmatam, fazem platôs, piscinas, abrem estradas e têm poder aquisitivo para pagar as multas que lhes forem cobradas e que, no entanto, quando vêem o agricultor trabalhando a terra, fazem denúncias. Os problemas ambientais criados por atores de outros estratos sociais recebem tratamento diferenciado. Tanto empresas quanto particulares apresentam outros meios para solucionar os conflitos sem traumas. Não só por seu poder aquisitivo, mas também por sua capacidade de negociar, de fazer valer o seu ponto de vista e as suas necessidades.

O problema da repressão ao trabalho agrícola tem sido freqüentemente abordado pelos agricultores em todas as ocasiões em que se pretende introduzir qualquer tema relativo às questões ambientais. Ele chega a ser impeditivo ao desenvolvimento de outros assuntos, por ser de máxima urgência e comprometer a sobrevivência das populações. Assim, o 'problema do Ibama' surgiu espontaneamente quando pesquisadores da saúde do trabalhador entrevistavam nossos vizinhos sobre problemas vividos no desempenho da agricultura. Nossos vizinhos entrevistados nos pediam garantias de que os pesquisadores externos não os denunciariam por reclamarem dos órgãos oficiais, ou pediam que se desligasse o gravador:

> *Tem aquele assunto. Se ela desligar [o gravador] eu vou falar. A gente fica com medo que ela pode dar alguma denúncia nesse negócio do Ibama.* (Agricultora, 69 anos)
>
> *Problema também sério tá o negócio do Ibama. [Por quê?] Esse negócio de não poder mais derrubar as mata, fazer a roça pra plantar: (...) E aqueles que num tem estudo, num conseguiu, tem que fazer o quê? Lavoura, né? E aí o pessoal do Ibama... Eu num tô dizendo mal deles, sabe, não sou contra. Mas só que a pessoa depende de plantar aquilo. Limpar aquele pedaço, queimar. Aí, eles vêm, se você estiver fazendo uma rocinha, plantando feijão, eles te multa numa nota doida e você tem que parar tudo. Tem gente aí que tá tendo que deixar tudo, passar fome, ficar sem fazer nada.* (Agricultora, 39 anos)

Atores externos parecem não levar em conta, por exemplo, a relação estreita dessas comunidades com a terra. Na realidade, a agricultura familiar não é uma profissão pela qual um indivíduo opta em qualquer momento de sua juventude ou ao se formar. É uma profissão dentro da qual se nasce. Considerando apenas as mulheres de nossa vizinhança, 'todas' relatam terem sido levadas para a roça com seus pais quando bebês. Ainda encontramos mães com bebês dentro de jacás (cestas de sapé) indo e voltando das lavouras. As primeiras lembranças dos agricultores, suas brincadeiras, sua biografia se misturam na memória com o aprendizado do trabalho agrícola:

> *Eu já me lembro eu já trabalhando (...) Meu pai e minha mãe ia pra roça, assim eles contava, que eles ia pra roça me levava eu junto, botava no jacá, eu pequenininha. Aí botava eu dentro do jacá, botava lá, escorada, no topo. Mamãe contava que um dia o jacá virou, eu rolei e aquela luta. E depois ali a gente vai aprendendo, né? Aí a cada dia a gente vai crescendo um pouquinho, que nem é a vida, e aí a gente vai vendo como é que o pai e a mãe fazia, e aprendeu a fazer igualzinho.* (Agricultora)
>
> *Eu ficava dentro do jacazinho. Mandaram fazer um cesto desde um mês de nascido, eu fui criada dentro de uma roça mesmo, de manhã à noite. Eles fazia uma barraquinha pra mim ficar na sombra.* (Faxineira, esposa de agricultor)

As evidências que reunimos sobre práticas e tradições agrícolas de Nova Friburgo demonstram que o os agricultores têm prazer em se ocupar de suas roças e lavouras e que, mesmo com todas as dificuldades, preferem o trabalho ao ar livre e a autonomia de suas atividades originais. Diante de qualquer problema cotidiano, verificamos que o maior escape é sempre se refugiar na roça e sentir-se novamente autônomo e produtivo. Evidenciamos também que a região era densamente cultivada no passado, o que representava fartura e progresso, e os agricultores se orgulhavam de sua produtividade.

Visões Antagônicas da Floresta

Cenário de interesses diversos, o 'interior' é para o agricultor que nunca saiu dali 'o único lugar concebível' e, portanto, entre outras coisas é a fonte de sua subsistência. Para o veranista, é 'um paraíso no meio do nada', para o fiscal dos órgãos ambientais é 'uma ocorrência atrás da outra'; para as inúmeras ONGs ambientalistas é 'o que resta da Mata Atlântica', para os políticos locais, 'as bases'. Assim, um mesmo evento, seja ele qual for (uma queimada, um banho de rio ou uma reunião para formar nova ONG), só pode ser compreendido quando se considera a interpretação dos grupos e os significados a ele atribuídos. Segundo Duarte (1998), não existe garantia prévia de univocidade em qualquer ato humano, do mais banal ao mais sublime.

Considerando essa multiplicidade de perspectivas, um dos representantes comunitários relatou a ocasião em que constatou que, para os agricultores, a substituição massiva das vastas lavouras do passado por áreas de floresta 'preservada' representa declínio, destruição e fome. Constatação que impacta qualquer morador urbano:

> *Com o tombamento começou esse negócio de Mata Atlântica, Mata Atlântica, né? Pra você ver como a visão deles era uma visão diferente, observa só. Uma vez eu tava com seu Juvenal, que já é falecido, indo a Rio Bonito, aonde ele não ia há muitos anos. Aí, ele chegou no Rio Bonito e ele disse: 'Puxa vida! O Rio Bonito ele acabou mesmo, né?' Mas acabou. Puxa! Virou tudo em mata! Por que era tudo em mandioca, entendeu? Em Rio Bonito de Baixo e Toca da Onça todo mundo vivia da mandioca. (...) Porque vendia pra casa de farinha que tinha em Toca da Onça e tal, e hoje em dia não tem mais nada, acabou tudo. Pro seu Juvenal ele fala isso: 'Puxa, acabou né?' Quer dizer, na visão do ambientalista seria: 'Ah, que bom! Esta preservando a Mata Atlântica!' Quer dizer, então, um conflito muito grande entre interesses mesmo.* (Representante comunitário)

O Desmatamento Seletivo e os Conhecimentos Agrícolas Tradicionais

Ainda que mais densamente cultivada, produtiva, e mais socialmente ativa do que nos dias de hoje, as evidências que reunimos permitem perceber que a região foi ocupada de forma criteriosa, seletiva, pelos agricultores, e que certas áreas foram sempre preservadas, seja pelo difícil acesso, pela posição do sol, pelo excesso de pedras, ou por ser fonte de madeira de lei para obras e ferramentas e área para extração de ervas e cipós para medicamentos, ou por outros fatores que levavam os agricultores a preservar áreas determinadas:

> *O Ibama ele não quer que corte um pau. Aí, como é que a gente vai fazer, se a gente precisa trabalhar? A gente vai prantar dentro do mato? Não tem como! A gente tem que roçar pra poder prantar. (...) Porque já tem, né, uns lugar mais fino (troncos finos) que a gente pode roçar, agora aqueles pauzão (troncos mais grossos), há 37 anos que a gente mora aqui já era igual agora. Tá lá, aqueles pau grossão! Já era lugar reservado de muitos anos, que ninguém mexia. (...) Dos antepassados que morou aí. Não só aí, em vários lugar, já tem esse pedaço de mato que é reservado. Se a pessoa quiser tirar um cabo pra ferramenta, acha lá naquele mato. Se a gente quiser tirar um cipó, acha lá naquele mato. Antes mesmo do Ibama, há 30 anos atrás ninguém cortou. (..) E se cortou, foi há muito, vamos supor, há 100 ano atrás, no causo. Igual lá na ruega, lá tem eito (área) também que nunca cortou, depois eu vou te mostrar.* (Agricultora, 69 anos)

Os termos 'ruega' e 'soalheiro' representam áreas opostas em relação à posição do sol. Residências e lavouras são favorecidas nos soalheiros, enquanto as ruegas são geralmente áreas improdutivas e permaneciam preservadas. A própria distribuição das localidades, dos povoados está associada com o conhecimento de seus colonizadores sobre as possibilidades de ocupação. Algumas áreas sempre foram preservadas. Lugares de difícil acesso chamados pelos agricultores de 'terras frias'. Quando questionados, eles sinalizam as áreas geográficas onde, no passado, houve atividade agrícola. Existiam também preocupações com a distribuição sazonal tanto da atividade da caça quanto da prática agrícola. É o caso das técnicas de pousio, estratégia de recuperação do solo baseada no repouso da terra por dois ou três anos, até o estágio florestal de capoeira:

> *A gente deixa uma macega (...) que é uma capoeirazinha de dois, três anos. Depois disso você já vai tornar lavorar naquele lugar, porque você vira o terreno, e já está produzindo ali de novo.* (Agricultor)
>
> *Eu conheço uma senhora que fazia um pousio integrado com animais. Há poucos dias fui a um seminário sobre leite orgânico, e é onde os caras tão querendo chegar! E ela já fazia isso há quinze anos atrás aqui, entendeu? Depois de usar o solo com as roças ela deixava vim os brotos de capins, e aí ela levava para lá... umas vacas que ela tinha. Então era uma coisa assim, ela conversou isso comigo, falando: 'Acho que vou conseguir, vou conseguir viver do sítio bem, com esse tipo de coisa que eu tô fazendo'.* (Representante comunitário)

Observamos nesse depoimento a surpresa do entrevistado em constatar a sabedoria implícita no conhecimento prático da trabalhadora há décadas, e que apenas recentemente vem sendo descoberto (confirmado) em pesquisas técnico-científicas.

A situação criada com a repressão do trabalho agrícola é ainda mais contundente quando se reconhece que, em parte, foram essas tradições, conhecimentos e práticas que contribuíram durante tantas décadas para a preservação da região.

> *Então é o que se fala, né? Essa região está do jeito que está hoje em dia, com eles morando aqui há 150 anos, mais ou menos!* (Representante comunitário)
>
> *É bom que a gente observe isso, que a comunidade das áreas rurais de Nova Friburgo, como São Pedro, Lumiar, Boa Esperança e adjacências são populações que preservaram a Mata Atlântica.* (Representante comunitário)

Entretanto, o fato de Nova Friburgo ter sido preservada não pode ser relacionado exclusivamente ao seu modo de colonização, mas também à época de sua ocupação, sobre o que cabem alguns esclarecimentos.

A Exploração Tardia de Nova Friburgo

No início dos anos 1700, as regiões de Vassouras, Petrópolis, São Marcos e Piraí já tinham suas terras ocupadas, sobretudo por plantadores de café, enquanto a dos Sertões do Macacu, incluindo a região do Morro Queimado (corresponde atualmente a Nova Friburgo e Cantagalo), estava ainda praticamente intocada, quase toda por abrir. Segundo Jaccound (1999:86), reproduções de um mapa de 1767, atualizado em 1801, bem como todos os demais mapas

antigos sempre apresentavam toda essa região como um "Sertão ocupado por várias nações de índios brabos". Para o historiador, inexistem registros de número de silvícolas, sua tribo ou nação, sendo raras as evidências, e ausentes os escritos antigos fazendo referência a índios que tenham vivido na área ocupada, hoje, por Nova Friburgo. A região, protegida por montanhas altíssimas, permaneceu inexplorada por não possuir pau-brasil, diamantes ou ouro, e não ser propícia para a cana-de-açúcar. Ainda segundo Jaccound (1999:41),

> Os Sertões do Macacu (...) região que se expandia além do rio Paraíba, chegando às fraldas da Mantiqueira (...) até o ocaso do século XVIII, foi considerada território proibido porque o governo acalentava esperanças de, um dia, encontrar riquezas naqueles chãos. Como as províncias minerais das Minas Gerais, Goiás e Cuiabá, por suas extensões incomensuráveis, demandavam tremendo esforço para serem fiscalizadas (...) o governo pretendia resguardar aquela nova e extensa área para somente ser pesquisada e explorada mais tarde, quando fosse possível controlar a saída das riquezas que, porventura, ali fossem encontradas. Talvez por isso mesmo, interessadas em afugentar os aventureiros, as autoridades tenham propagado que aqueles sertões eram habitados por nações de índios hostis.

Foi essa a região escolhida por João VI para abrigar os imigrantes suíços (e posteriormente alemães) em 1818. Mesmo com a ocupação tardia, é importante considerar a parcela de mérito de preservação da Mata Atlântica relacionada com a forma de ocupação do espaço e com as tradições agrícolas desenvolvidas pelos colonos suíços e que persistem na cultura de seus descendentes, os agricultores de Lumiar e adjacências. Mas a partir da década de 90, com a aplicação da lei de proteção para a Mata Atlântica, os agricultores foram surpreendidos com a proibição de roçar suas terras que estivessem em pousio, subitamente consideradas "florestas em regeneração", a serem preservadas.

O estudo de Diegues (2002) sobre o 'mito da natureza intocada' é interessante por evidenciar o quanto tem sido conservadora a abordagem adotada pelos planos de administração federal e de organizações não-governamentais. Tais planos levam em conta somente a interferência humana negativa sobre as áreas naturais protegidas, sem fazer a necessária 'distinção' entre os interesses econômicos 'externos às áreas' e as atividades daquelas populações 'tradicionais' que, em grande parte, foram responsáveis pela manutenção da diversidade biológica que hoje se pretende preservar.

O desconhecimento, por parte da sociedade nacional mais ampla, tanto das necessidades quanto das práticas e tradições agrícolas, e a conseqüente desconsideração da cultura rural no treinamento dos técnicos, bem como da imprensa na abordagem da temática, tem resultado em um tratamento punitivo e injusto contra o trabalhador rural.

Episódios de Violência Contra o Agricultor

> *O primeiro problema do agricultor aqui normalmente está quase sempre o Ibama, né? (...) porque o homem que trabalha na lavoura (...), pra você trabalhar, fazer sua produção, porque nós vivemos disso, de repente aparece gente do Ibama aqui. O homem do campo está sendo tratado quase como, pra dizer a verdade, quase como um bandido!* (Agricultor)

Um episódio ocorrido no ano 2000 marcou a comunidade de Lumiar e serviu para acirrar a animosidade da população contra a fiscalização ambiental. O dono de um açougue, pertencente a uma família tradicional da região, foi espancado por fiscais do Ibama. Segundo os relatos sobre o incidente, o rapaz estava transportando um novilho ferido para sua casa em Lumiar, onde pretendia tratá-lo. Foi quando os fiscais do Ibama o viram. Segundo a agente de saúde que o socorreu, ele foi trazido todo ensangüentado:

> *(...) Ele tinha colocado o garrote em cima do carro, amarrou (...) Pra ele não tombar em cima do caminhão e não se machucar. (...) Aí o pessoal do Ibama tava no bar tomando cerveja em Lumiar e viram o garrote passando amarrado em cima do carro (...) Aí eles seguiram o cara (...) e acharam que tava judiando do animal. Praticaram aquela violência com o rapaz, né? (...) Aí ele [fiscal] falou assim: 'Você vai descer e vai se entregar?' Aí ele disse: 'Não, eu não vou me entregar, porque eu tô tratando do animal'. Aí, deram um puxão nele, de cima do carro pro chão e machucaram ele todo! Espancaram ele, derrubaram do carro pra baixo... E depois chutaram ele. Ele ficou com a coluna, assim, como é que se diz, a coluna cervical, praticamente quase quebrada. Ficou no hospital uma porção de tempo só usando aparelho uns seis ou oito meses. Ele não podia nem trabalhar. (...) Tiraram muito sangue dele. Foi uma violência brutal, e no quintal da casa dele, praticamente em casa.* (Agente de saúde)

Outro episódio envolvendo humilhação, danos materiais e morais e espancamento é narrado por vários moradores, inclusive pela vítima, um senhor idoso que em julho de 2000 reuniu forças e, chorando, narrou essa experiência durante um evento público na ONG Ação Rural.

> *O Sr. O. [vítima] contou a história e os 500 lavradores aplaudindo... E o representante do Ibama, Seu R., rindo, na mesa conversando com o representante do governador, a ponto que nós tivemos que intervir e dizer: 'Olha, quem fez isso não foi nem nenhuma guerrilha, foram os agentes do governo estadual!' (...) Ele teve uma 'visita' do IEF, do Batalhão Florestal, dentro da casa dele, onde roubaram todas as economias dele, e as armas antigas e relógios que ele tinha pra decoração. E arrancaram os dentes de ouro dele com alicate. Ele tinha uma dentadura dourada. Os dentes dele foram arrancados com alicate, e ele foi transportado pro batalhão, espancado e depois solto de madrugada na serra, segurando as calças, que foram cortadas com uma navalha de cima em baixo. (...) Um caminhoneiro o trouxe até Mury, depois um outro deu uma carona até a casa dele.* (Representante comunitário)

> *Seu O. é um homem trabalhador, ele trabalha com luz de lampião à noite, tem uma família grande, é avô. (...) Ele foi denunciado por uma pessoa que o visitou, porque ele tinha cachorro e umas espingardas velhas dessas de 'socar' pólvora pela boca (...) entraram na casa dele à noite, levantaram a saia da filha dele com um rifle, pra procurar o trinca-ferro (pássaro), debaixo da saia da filha dele. (...) Ele contou, e a filha, que era noiva nessa época, perdeu o casamento porque foi desonrada, né? Isso daí é um dos casos mais gritantes. (...) Ele me disse que o dia que ele encontrar alguém que represente esse tipo de autoridade ele mata com a foice dele. Ele não faz isso, não tem a coragem nem os meios de fazer (...) O homem tá traumatizado até hoje.* (Representante comunitário)

Inúmeros programas e iniciativas de promoção da saúde, preservação ambiental e, mais recentemente, de turismo ecológico, cujo declínio nos foi relatado, não agregaram a necessária

participação comunitária. As iniciativas frustradas de reunir a comunidade em torno dos supostos interesses locais necessitam investigação. A questão do sentido atribuído aos programas além de aspectos intersubjetivos que interferem nas 'ações rurais' costuma ser insuficientemente considerada por seus idealizadores. Iniciativas esporádicas e sem continuidade, conflitos de poder no interior dos grupos, falta de clareza de intenções, falta de evidências concretas que garantam o sucesso das estratégias propostas estão entre a constelação de fatores associados que levam à baixa credibilidade e à falta de participação comunitária nas iniciativas e projetos.

Com os dados deste artigo, acreditamos ter somado informações de outra ordem, muito mais graves, que estão implicadas na rejeição ao ambientalismo. Não só os interesses e valores da comunidade rural são negligenciados nos projetos que proliferam 'para' a região, mas, principalmente, é em nome da 'defesa do ambiente' que a população experimenta a falência, a ameaça da fome, a humilhação, a repressão e por vezes danos à sua integridade física. Existe ainda o problema das multas, outra fonte de tormentos:

> *É muita tragédia que eles têm vivido aqui. Eu acho que as menores multas é oito mil reais. As pessoas falam assim: nem minha lavoura toda, nem que eu venda um pedaço do terreno, vai dar pra mim pagar essa multa. E se não pagar, eles num pode vender um pedaço do terreno. E na falta [morte] dos donos do terreno, a família também fica com o terreno preso.* (Agricultora)

> *Tem o caso de dois funcionários da prefeitura, hoje ganhando 200 reais lá por mês. Um é dono de seis alqueires, e o outro de quatro alqueires, ali perto da Toca da Onça. Antes, era produtor rural, com uma vida organizada (...) Desistiu! (...) Tentaram aplicar neles uma multa de quatro mil reais. Esse valor é um resultado econômico que ele não tem em um ano de trabalho (...) E depois abaixou pra 800 reais... Eles, indignados pararam a produção rural. O sítio tá no mato. E o mesmo fiscal, segundo eles, já levou dois compradores da cidade pra comprar o terreno deles, pelo preço da multa [riso]. E disseram: se você vender [seu sítio] pro meu amigo, eu tiro a multa e tal, e você fica com o dinheiro.* (Representante comunitário)

Assim como nesse depoimento, outros dois representantes comunitários crêem que a questão das multas por vezes envolve corrupção dos agentes de órgãos públicos. Ainda que os entrevistados dirijam suas críticas aos órgãos públicos, são atores isolados no nível local que parecem estar praticando arbitrariedades contra a população rural. Em nenhum momento imaginamos que seja parte das políticas e projetos dos órgãos públicos o exercício da violência. Um dos representantes comunitários entrevistados tece uma hipótese sobre os quadros que atuam na proteção ambiental nas áreas rurais de Nova Friburgo, para tentar explicar tais ocorrências:

> *Porque o braço armado do Ibama e do IEF é o Batalhão Florestal. Que geralmente são policiais que, por terem uma péssima formação e atuação na polícia, o castigo deles é vir pro interior, onde eles não têm jogo de bicho, ponto de drogas pra achacar... Eles consideram isso aqui um lugar miserável. Então, é o castigo que se dá ao militar mal formado, corrupto, lá no Rio é mandar ele pra cá. Ele vem com toda violência, fazer um trabalho vingativo contra as populações locais.* (Representante comunitário)

Ausência de Ações Educativas como Contraponto à Repressão

À parte as suspeitas de corrupção, e os registros de violência, o aspecto mais estarrecedor da repressão praticada na área é que não são oferecidas alternativas ao morador, seus hábitos e costumes são proibidos por vezes sem maiores explicações ou oportunidades para mudar de atividades. É a repressão pura e simples, sem valor educativo, como evidenciado neste depoimento relacionado à proibição de criar pássaros:

> *Quando o fiscal entrou dentro da casa do morador pra pegar um passarinho, (...) ele já tirou um revólver da cinta. (...) Isso foi o fiscal mesmo que me contou: eu tirei um 38. Resultado, esse senhor ficou extremamente traumatizado. É uma pessoa de uma saúde delicada (...) É uma coisa meio curiosa, né? Você vê um carro chegar com dois fiscais dentro e tal. Aí diz: 'Não pode passarinho!' E quebra a gaiola. Eu acho que pra você reprimir um problema de passarinho, não é assim. Não adiantou nada porque eles continuam criando.(...) Tem passarinho que se cantar bem, vale cinco mil reais, poxa! Trinca-ferro sobretudo, né? Então pra quem ganha 200! Sabe, é um problema! E o passarinho não se sabe que fim levou. Aí já começa a suspeita de que os fiscais vendem os passarinhos! Porque não tem uma explicação: 'Olha, eu vou pegar teu passarinho, ele tá preso, você pode ir lá verificar'. Ou então: 'Eu vou soltar e você vai comigo pra ver que eu tô soltando'. Não. Eles pegam e levam o passarinho. É injusto porque não botou nada no lugar.* (Representante comunitário)

> *A nossa observação é que quando a pessoa sofre essa multa, enfim, essa ação repressiva, ela não recebe nenhuma ação educativa, nenhuma oportunidade de reparar ou de mudar a sua atividade.* (Representante comunitário)

De modo geral, os representantes comunitários do projeto DLIS constatam a dificuldade de se impedir o trabalho agrícola sem oferecer qualquer opção alternativa:

> *De acordo com o Decreto 750, não regulamentado, (...) órgãos ambientais estão impedindo que as pessoas, pelo arbítrio deles, rocem os pastos, cuidem das lavouras existentes, enfim, exerçam aquele trabalho que os pais, os avós e bisavós fizeram. (...) e toda a legislação de proteção ambiental, interpretada por esses órgãos, gera êxodo, gera revolta. Não há uma alternativa de substituição desse meio de vida por outros. Não adianta chegar pra uma pessoa que não tem um curso, um treinamento, nem tem capital, dizendo: 'Olha, agora você não pode mais ter pasto, roçar o seu bananal, você vai ser dono de hotel'. Não existe isso!* (Representante comunitário)

As Raras Manifestações Coletivas Contra o Ambientalismo

Foram relatadas duas únicas ocasiões, uma em Lumiar e outra em Rio Bonito, em que a população local teve um comportamento coletivo agressivo. Ambas se deram em eventos públicos, relacionados com o ambientalismo. Em uma delas a população ouvia já a terceira fala dos técnicos presentes e, como sempre ocorre, ouviam, em silêncio, sobre a criação de uma área de reserva. É importante destacar que a simples 'oferta de palavras' não costuma ter qualquer força de convencimento para o trabalhador rural. Apenas as evidências concretas têm essa capacidade de gerar interesse e motivar qualquer iniciativa de adoção de novos métodos ou estratégias de manejo ambiental ou geração de renda. É compreensível que sejam necessários resultados bastante plausíveis para modificar práticas centenárias. E mesmo assim, mesmo diante das evidências de sucesso das 'novidades' propostas, os agricultores tendem ainda a considerar os riscos de ruptura social ou de perdas econômicas envolvidos nas 'inovações'. De

um modo ou de outro, suas práticas tradicionais vêm mantendo sua reprodução social há várias gerações, e essa é a principal evidência concreta de que necessitam para reafirmar seus hábitos e preferências.

Por todas as evidências concretas de perdas e ameaças que o ambientalismo lhes rendeu, os agricultores que ouviam a fala sobre a criação de mais uma área de reserva, o Parque Estadual de Três Picos, já se encontravam revoltados, por continuar não aceitando que, tendo a posse das terras, não poderiam mais dispor delas como bem entendessem. Foi quando um pequeno deslize, um pequeno erro na fala do palestrante, serviu para desencadear todo um processo de catarse coletiva.

> *É uma comunidade que eu acho que, como outras vizinhas também (...) que abaixam muito a cabeça pra tudo. E foi a única vez que eu posso dizer que eu vi o pessoal revoltado. E se deixasse, ia... Sabe? Se não houvesse uns 'panos quentes', uma turma do 'deixa disso', eles iam até sair pra destruir muita coisa. Foi no encontro em Lumiar, lá que houve. (...) Foi uma catarse (...) Teve a fala do comandante do Batalhão Florestal, a fala do representante do IEF (...) e foi quando o representante do Ibama começou a falar e ele errou um pequeno detalhe técnico que era um detalhe de roçada. Porque aqui se faz a roçada com foice, e ele se referiu à roçada com facão. Aquela foi a deixa que o pessoal queria pra começar a xingar, e a ter um desrespeito que não faz parte do perfil deles (...) Mas nesse momento o pessoal começou a xingar: 'Ah, babaca! Ninguém roça de facão! Sai daí! Cai fora! Você não entende de nada!' Olha, foi tanta gritaria, que o técnico do Ibama, ele ficou nervoso, começou a complicar o discurso dele, a fala, dizendo que ele era a favor do povo também, que ele foi representante em Brasília da CUT, não sei o quê. Aí ele misturou tudo que é canal e ficou um rolo danado. Ele tinha ido falar do Parque Estadual dos Três Picos, mas ele teve uma fala confusa, não foi compreendido.* (Representante comunitário)

As deliberações sobre áreas de reserva e parques pegam de surpresa os moradores das áreas rurais. Segundo Diegues (2002), o Estado impõe sobre espaços territoriais, onde vivem populações 'tradicionais', outros espaços, tidos como 'modernos e públicos' (parques e reservas), de onde, por lei, necessariamente devem ser expulsos os moradores. Em um primeiro momento, esses atores sociais são invisíveis, e os chamados 'planos de manejo dos parques' sequer mencionam sua existência. Nas palavras de um neo-rural morador de Macaé de Cima:

> *A gente não morre nunca mais! Eu já sou tombado [a área é tombada], reservado [também é reserva florestal], protegido [a área tornou-se APA – Área de Proteção Ambiental] e agora, parqueado! [com o recém-criado Parque Estadual dos Três Picos]. As autoridades decidem tudo, com base em mapas. Eles abrem um mapa sobre a mesa e dizem: 'Ah! Aqui será uma reserva!'.* (Neo-rural)

É bem provável que se realizem levantamentos técnicos para deliberação de áreas de reserva, mas temos razões para crer que tais estudos não incluem aspectos antropológicos e subjetivos das populações residentes. Também Diegues (2002) afirma que até hoje, no Brasil, a avaliação de uma área a ser declarada unidade de conservação tem sido responsabilidade única dos cientistas naturais.

Como ocorre na área da saúde e provavelmente em outros campos de conhecimento, modelos e propostas são desenhados 'de fora pra dentro' em relação ao controle dos grupos aos

quais se destinam, e depois lhes são 'apresentados'. Para Vessuri (1994), não se pode impor uma visão cultural, que é sempre moral, àqueles que não compartilham os mesmos pressupostos. Mesmo que aparentemente se ocupando de um mesmo tema, o ambientalista, o profissional da saúde, o técnico da área ambiental, o político e o lavrador são, em princípio, núcleos discursivamente distintos. Reúnem experiências, imaginários, saberes, racionalidades e expectativas distintos. Os processos de negociação e disputa de sentidos só se estabelecem no encontro de suas 'diferenças'. Mas, como constatamos em outras pesquisas sobre programas e projetos em áreas rurais (Rozemberg, 1994, 1998, entre outros), quando as diferenças são negadas no etnocêntrico exercício da fala sem escuta, o encontro não se dá. E foi assim que, desconhecendo a existência de um 'outro' saber, um 'outro' conjunto de pressupostos e de interesses da população residente, os expositores no evento sobre a criação do Parque Estadual de Três Picos foram alvo de um rancor há muito acumulado contra o significado do 'meio ambiente' e suas conseqüências:

> *Então tudo isso vai gerando um rancor: (...) Quando você deixa um furo numa informação, eles se afirmam. (...) E falam: 'Não, você não sabe de nada, tá vendo? Ó, tá vendo... Pô, você é igual a mim... Eu não sei do que você sabe, mas você não sabe do que eu sei, entendeu?'.* (Representante comunitário)

Uma leitura possível desse episódio diz respeito à total desconsideração por parte das autoridades da vasta experiência do homem do campo quando o assunto é 'ambiente' (ainda que os agricultores não gostem do termo). É como se a população estivesse gritando: "Eu também tenho um saber", e exigindo ser tratada como interlocutor e não como depositário de tantos discursos incompreensíveis, que resultam em coerções.

Infelizmente, nos programas e projetos, tudo se passa como se as propostas 'em oferta' fossem compreendidas e apropriadas por todos de maneira idêntica. Nas palavras de Neto (1999:5), "os sujeitos são unificados semântica e socialmente, como se estivessem fixados, material e simbolicamente, em torno de padrões universais". Também Duarte (1998) nos alerta para o fato de que "o ser humano não está submetido a uma distribuição e organização do sentido única e imutável, como, aliás, acredita quase toda gente, imbuídos que somos de nosso etnocentrismo".

A Revolta Contra o Ambientalismo se Transformando em Revolta Contra o Ambiente

Um dos nossos compromissos ao realizar esta pesquisa foi o de dar visibilidade às conseqüências, no senso comum das populações agricultoras, da repressão da agricultura em prol da preservação ambiental. Quatro anos de observação de campo nos permitem afirmar a existência de um processo de transferência da revolta contra o ambientalismo para o ambiente. Em parte, isso se deve à necessária afirmação da agricultura e conseqüente sobrevivência do agricultor como mais relevante do que a de plantas e animais. Nas palavras de nossos vizinhos, que passaram a ter as espécies da Mata Atlântica como 'competidores' por nichos de subsistência, "Não é possível que agora a vida do trabalhador vale menos que a de um animal" (Agricultor).

Os representantes comunitários de outras localidades rurais por nós entrevistados parecem estar também cientes dos 'efeitos colaterais' do ambientalismo. É como se todo o esforço ambientalista estivesse promovendo resultados justamente opostos aos desejados. Como moradores dessas áreas, testemunhamos diariamente a revolta e a frustração sendo vertidas contra o ambiente.

> *A palavra 'ambientalista', protetor da natureza, hoje, representa inimigo do produtor rural, aquele que não tem meios de sobrevivência outros que não sejam a produção rural. A nossa tese é de que o arbítrio dado aos fiscais do Ibama, do IEF, e do Batalhão Florestal, que nem sempre conhecem a legislação aí, e as executam corretamente, cria condições para a corrupção, a violência e prestam o anti-serviço do que eles deveriam estar fazendo. E a contrapartida do lavrador, da pessoa que é acionada por um desses órgãos, é tocar fogo no terreno do vizinho, destruir a mata, num momento que ele sente que a fiscalização afrouxou, num intervalo de governo, ou qualquer coisa desse tipo. Nessa semana mesmo eu já tive que fazer uma representação na delegacia de polícia, porque meus vizinhos incendiaram os meus pastos, porque nós somos ambientalistas.* (Representante comunitário)

> *A palavra 'meio ambiente' lá [na localidade dele], hoje em dia é xingamento, né? Então isso aí estragou o próprio meio ambiente, né? Você tentar trabalhar alguma coisa no meio ambiente fica difícil você reverter.* (Representante comunitário)

> *É porque a natureza tá virando uma inimiga, né? A natureza... isso acho que requer um levantamento, talvez. Mas a natureza... Se bem que a gente não pode é generalizar.* (Representante comunitário)

É evidente que não se pode generalizar, porém o fenômeno é digno de nota. Muitos agricultores, ao se verem na impossibilidade de agredir os ambientalistas ou fiscais que lhes causam danos morais e materiais, vertem esse ódio contra as espécies da própria Mata Atlântica, que, como vimos, são mais bem tratadas pelo poder público do que eles. Ou seja, a própria lei ambiental, tal como vem sendo executada, acaba merecendo, ela mesma, um estudo de impacto ambiental!

> *Então é essa ira que é vertida contra as plantas e contra as espécies mesmo, que sobraram da Mata Atlântica. (...) Houve casos em que as pessoas que lidavam com a natureza, de uma maneira até harmônica, fazendo uma caçada eventual, numa determinada época do ano etc., depois de um trauma da fiscalização, passaram indiscriminadamente a matar os animais como se fosse uma vingança contra o fiscal. E a tocar fogo nas matas.* (Representante comunitário)

> *A impossibilidade de 'meter a foice' no agente repressor faz com que o ódio seja contra a natureza. (...) Qualquer área em pousio, em regeneração, é uma ameaça em potencial. Eles vão discretamente matando as mudas nobres e tudo mais que se o Ibama ver crescendo vai obrigar a manter vivo. Quanto mais rara e valorizada é uma espécie, mais necessário é que ela morra logo, para que a área seja ganha para a lavoura. (...) Árvore de madeira nobre, lontras, pacas, pássaros em extinção e toda forma de vida que a lei protege. Por isso que está tudo tão destruído aqui [na localidade dele].* (Neo-rural)

Depoimentos de agricultores afirmando tais práticas são difíceis de obter. Eles têm clareza da importância atribuída pela sociedade mais abrangente, 'gente de fora', ao ambiente. Mas quando a amizade se consolidou, um ex-agricultor vizinho nos confiou:

> *O medo do povo é não poder mais prantar, que vem a fome. Eles diz 'não vamo deixar crescer árvore não, porque senão nunca mais derruba, aí nunca mais pranta, nunca mais come'.* (Agricultor)

Comentários Finais

Uma das críticas feitas ao informe da Comissão Brundtland (WCED, 1987 apud Vessuri, 1994:203) foi o de que suas recomendações se referem "*al ambiente pero no a las maneras de quienes viven en el*". Para Vessuri, o diagnóstico global feito pela referida comissão é adequado e eloqüente, mas depois de reconhecer que muito do que propõe só seria alcançável com uma quantidade substancialmente maior de fundos por parte das agências internacionais, ela não aprofunda propostas concretas para levantar tais fundos e simplesmente espera que as atitudes dos governos e dos cidadãos 'mudem'.

Mas os governos das nações menos ricas se preocupam com seu futuro *status* econômico em relação ao dos 'super-ricos', e mesmo o novo governo brasileiro se orienta por uma idéia ultrapassada de desenvolvimento como crescimento do produto interno bruto. Como os padrões de produção e de consumo são incompatíveis com os recursos que o planeta tem condições de oferecer, e as preocupações distributivistas são pífias, parece inevitável, então, que os países pobres se tornem cada vez mais pobres, o que significa que suas condições de vida (o ambiente) se deteriorarão. Segundo Vessuri (1994:203),

> O único consolo é que ocasionalmente alguns deles encontram uma maneira de manejar seus assuntos construtivamente, mas, se no processo de enriquecimento, julgarem necessário cortar alguns hectares de floresta primária, se descobrirá que as populações locais lamentarão muito menos que a Comissão Brundtland.

Se é válido para o enriquecimento dos países, isso também se aplica ao nível individual, pelo que cabe relativizar a afirmação de nosso vizinho agricultor, que coloca as práticas de desmatamento na região exclusivamente em termos do 'medo da fome'. Está envolvida também a vontade de progredir e de acumular riquezas, seguindo exemplos da sociedade contemporânea aos quais tais grupos passaram a estar expostos e que passaram a integrar. E, ainda, a disputa por fazer valer seu próprio ponto de vista sobre o 'ambiente'.

Assim, Diegues (2002) aponta a necessidade de se evitar uma visão simplista do "selvagem ecologicamente nobre" (Redford apud Diegues, 2002:23), pois nem todos os moradores rurais são "conservacionistas natos", mas entre eles há populações tradicionais que armazenaram vasto conhecimento empírico sobre o funcionamento do mundo natural em que vivem. Para Diegues (2002), planos de manejo ambiental não podem mais ser objeto de imposição por cientistas e burocratas. Somente com a participação comunitária a biodiversidade e a cultura de uma região podem ser protegidas, mas isso exige flexibilidade, consultas contínuas e um diálogo constante com a população local, além da inclusão de cientistas sociais nas equipes de trabalho. O autor oferece alguns exemplos de programas que vêm sendo bem sucedidos nesse sentido.

O papel da antropologia nesses casos é o de oferecer informações para favorecer a negociação e a aprendizagem 'mútua' entre saberes, interesses e valores no que tange às questões ambientais. Segundo Vessuri (1994), se a investigação agrícola, por exemplo, ampliasse seu

foco, com incorporação da perspectiva antropológica, seria possível integrar experiências, soluções empíricas e contribuições criativas de populações com vasta experiência em agricultura de subsistência. Essa integração poderia resultar em fontes provedoras de alimento e de combustível, ou permitir o redescobrimento e adaptação de grãos e plantas antigamente conhecidas às necessidades atuais. Seria possível conhecer seus usos alternativos, métodos de conservação, secagem, triagem, suscetibilidades a doenças. Enfim, são múltiplos os caminhos de ampliação mútua e de integração dos conhecimentos e técnicas de manejo ambiental.

Os resultados aqui expostos demonstram que nas localidades rurais de Nova Friburgo nos debatemos na pré-história da proposta apresentada por Vessuri (1994), pois, além de não terem valorizados seus saberes agrícolas tradicionais, os próprios agricultores são violentamente reprimidos ao exercê-los. Por ausência de interlocução educativa, sequer têm acesso aos motivos globais do ambientalismo, que dirá ter o seu ponto de vista e os seus saberes considerados. E tudo em favor da preservação do ambiente. A concepção errônea de que os interesses da 'floresta' e os interesses do 'homem da floresta' possam ser separados revelou as conseqüências desastrosas de uma tal separação entre ambiente e cultura, que parece estar levando ambos mais velozmente à extinção.

Agracecimentos

À minha mãe, Nilza Rozemberg, promotora de turismo no Vale do Paraíba, pela riqueza de suas contribuições ao estudo. Aos representantes comunitários entrevistados, que partilham a angústia cotidiana de testemunhar 'ao vivo' a devastação da Mata Atlântica remanescente e dos conhecimentos ecológicos tradicionais de seus habitantes.

Referências Bibliográficas

ABERGO. Anais do IX Congresso Brasileiro de Ergonomia. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Ergonomia, 1999.

DIEGUES, A. C. *O Mito da Natureza Intocada*. 4.ed. São Paulo: AnnaBlume, Hucitec, 2002.

DUARTE, L. F. D. Pessoa e dor no Ocidente: horizontes antropológicos. *Corpo, Doença e Saúde*, 4(9):13-28, 1998.

GOMES, A. A. & ROZEMBERG, B. Condições de vida e saúde mental na zona rural de nova Friburgo. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 20(4):16-29, 2000.

JACCOUND, R. L. S. *História, Contos e Lendas da Velha Nova Friburgo*. Nova Friburgo: Múltipla, 1999.

LEVYGUARD, Y. & ROZEMBERG, B. A interpretação dos profissionais de saúde acerca das queixas de "nervos" no meio rural: uma aproximação ao problema das intoxicações por agrotóxicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(6):1.515-1.524, 2004.

MINAYO, M. C. S. O *Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6.ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco,1999.

NETO, A. F. O indivíduo apesar dos outros. Modos de descrever, modos de construir. O mundo da recepção. *Relatório de Avaliação da Atuação dos IEC em Saúde*, 1999.

PERES, F. et al. Percepção das condições de trabalho e a fragmentação da tradicional comunidade agrícola em Boa Esperança, Nova Friburgo/RJ. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(4):1.059-1.068, 2004.

ROZEMBERG, B. Representação social de eventos somáticos ligados à esquistossomose. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(1):30-46, 1994.

ROZEMBERG, B. Saneamento rural em áreas endêmicas de esquistossomose: experiência e aprendizagem. *Ciência & Saúde Coletiva,* 3(2):125-141, 1998.

STONE, L. Cultural influences in community participation in health. *Social Sciences & Medicine*, *35*(4):409-417, 1992.

VESSURI, H. M. C. La formación en antropología ambiental a nivel universitario. In: LEFF, E. (Comp.) *Ciencias Sociales y Formación Ambiental*. Barcelona: Gedisa, 1994.

PROBLEMAS SOCIAIS

30. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS RELAÇÕES ENTRE GESTÃO DE ÁGUA DOCE E EXERCÍCIO DA CIDADANIA NO BRASIL CONTEMPORÂNEO

Carlos José Saldanha Machado

Diversos aspectos da vida humana e de uma sociedade estão associados diretamente à qualidade do meio ambiente e da vida de sua população, atuando como determinantes no perfil da mortalidade de pessoas (12ª Conferência Nacional de Saúde Sergio Arouca, 2003). Além de fatores socioeconômicos como, por exemplo, distribuição de renda, condições gerais de saneamento ambiental, de trabalho, moradia e escolaridade, o acesso à água de boa qualidade é uma das condições essenciais para a manutenção da vida e a geração das riquezas necessárias ao desenvolvimento sustentável de uma nação.

Contudo, em sociedades urbano-industriais como a brasileira, as fontes disponíveis de água estão comprometidas ou correndo risco de deterioração como resultado do crescimento demográfico;[1] do desenvolvimento industrial e tecnológico acelerados; das desigualdades sociais e regionais;[2] da concentração da população junto aos rios e ao mar e o conseqüente uso de rios, córregos, lagos e lagoas para diluição do esgoto doméstico[3] e de efluentes industriais; do

[1] O Brasil levou 450 anos para atingir 50 milhões de habitantes em 1950. Em 24 anos a população dobrou e chegamos em 1974 a 100 milhões. Em apenas 26 anos acrescentamos outros 50 milhões e atingimos 1990 com 150 milhões. Apenas uma década depois, ultrapassamos, segundo o *Censo 2000* do IBGE, 170 milhões.

[2] Segundo o *Censo 2000* do IBGE, cerca de um quarto dos brasileiros que trabalham no país ganha até um salário-mínimo. Isso significa viver e, na maioria das vezes, sustentar a família inteira com menos de R$ 151,00 (salário mínimo em 2000). Da população ocupada, 24,4%, ou 15,788 milhões de pessoas, estão nessa condição. Os números indicam ainda que mais da metade dos brasileiros que trabalham, ou 51,9%, ganham até dois salários mínimos (SM). Já os que ganham mais, acima de 20 SMs, são apenas 2,6% da população ocupada, ou 1,682 milhão de trabalhadores. A desigualdade é flagrante entre as regiões do país. No Nordeste e Norte, 46,2% e 30% da população, respectivamente, recebiam até um SM, contra 15,9% no Sudeste. Esta última região tem a maior parcela dos que ganham mais de 20 mínimos: 3,3%. O Censo mostra também que há 5,9 milhões de pessoas que trabalham, mas não recebem salário. São 9,3% das pessoas ocupadas no país. O IBGE revela, ainda, que persiste uma desigualdade na educação entre as regiões: a proporção de pessoas sem instrução ou com menos de um ano de estudo no Nordeste (17,9%) é três vezes maior que no Sul.

[3] Segundo a *Pesquisa Nacional de Saneamento Básico 2000* do IGBE, o serviço de coleta de esgotos sanitários do país – com 15,01 milhões de ligações prediais para o esgotamento sanitário de 21,96 milhões de economias, das quais 18,19 milhões são residenciais – traduz o atendimento de 70,94 milhões de habitantes, representando uma cobertura de 42% da população total ou 51% da população urbana. Esses dados levam à conclusão de que ainda é bastante expressivo o contingente populacional que não dispõe dessa infra-estrutura básica. Por sua vez, o cruzamento dos dados sobre densidade populacional com o desenho das principais bacias hidrográficas do Brasil apresentado no *Atlas do Censo Demográfico 2000* do IBGE mostra que a costa das regiões Sudeste e Nordeste e as bacias dos rios Paraná e Macaé são os mais importantes núcleos habitacionais do país. Quase 39% da população brasileira vivem em torno dessas duas bacias hidrográficas. A bacia do rio Paraná reúne 54 milhões de pessoas ao longo de seus 893 mil quilômetros quadrados de área. Na média, são cerca de 60 pessoas por quilômetro quadrado. Já a bacia do rio Macaé, na costa do Rio de Janeiro, tem 11,7 milhões de pessoas no seu entorno, o que representa uma densidade de 737 pessoas por quilômetro quadrado.

uso inadequado da irrigação na agricultura; da superexploração dos mananciais ou fontes de água no meio natural, superficial ou subterrânea; do desmatamento das matas ciliares; do assoreamento dos corpos d'água; da falta de controle preventivo exercido pelo poder público na grande maioria dos 5.561 municípios da federação.

Diante do fato de que a água tornou-se um elemento natural ameaçado em termos de qualidade e quantidade,[4] os estados-membros da federação e a União passaram, estão, a discutir e fundamentar seus respectivos aparatos legais e institucionais sobre recursos hídricos, isto é, a água doce superficial e subterrânea destinada a usos, e a redefinir suas políticas para o setor ambiental, em ritmos diferenciados, tendo como princípios básicos o gerenciamento por bacia hidrográfica, a água como bem econômico, a descentralização, a integração e a participação dos usuários no processo de gestão de recursos hídricos.

Nosso objetivo aqui é descrever e analisar a relação entre a gestão de água doce e o exercício da cidadania no Brasil ao longo dos últimos sete anos. Para tanto, será apresentado, inicialmente, um quadro resumido da distribuição da água doce no mundo e no Brasil; em seguida, será feita uma descrição sucinta das características da gestão da água no Brasil, depois de 1997, quando o governo federal instituiu, por intermédio da Lei n. 9.433, a Política Nacional de Recursos Hídricos; depois, serão formulados e defendidos argumentos em prol de uma gestão pública colegiada dos recursos hídricos, com negociação sociotécnica, por intermédio de Comitês de Bacias Hidrográficas; finalmente, serão apresentados e discutidos algumas dificuldades e limites para a implantação e consolidação de uma política descentralizada, participativa e sustentável voltada para a saúde ambiental das populações e seus recursos hídricos, bem como alguns mecanismos para que aquelas dificuldades e limites sejam superados, ou ao menos minimizados.

Distribuição Quantitativa da Água Doce

Segundo dados quantitativos produzidos por hidrólogos (Shiklomanov, 1998), 97,5% da água disponível na Terra são salgadas e os 2,493% de água doce restantes estão concentradas em

[4] Essa realidade se expressa de forma dramática nas regiões metropolitanas, onde 78,6% de seus municípios têm favelas em seus territórios; nas cidades que fazem parte das regiões metropolitanas de Belém (PA), da Grande Vitória (ES) e da Baixada Santista (SP), esse percentual atinge 100%. Todos os percentuais – obtidos com base em informações das prefeituras – aparecem na *Pesquisa de Informações Básicas Municipais 2001* do IBGE. Nesse contexto de degradação socioambiental, é digno de nota o fato de que a segunda metrópole latino-americana, São Paulo – localizada na bacia do Alto Tietê, a qual integra a bacia do rio Paraná, drena uma área de 5.755 km^2 e abrange cerca de 70% da Região Metropolitana de São Paulo (RMSP), formada por 39 municípios povoados por cerca de 17,5 milhões de habitantes – vem assistindo nos dois últimos anos ao agravamento contínuo da crise de abastecimento de água decorrente da escassez quantitativa (queda de volume dos reservatórios) e qualitativa (água disponível escassa e com alta concentração de poluentes). Tal situação obrigou o governo estadual a decretar o rodízio no abastecimento de água na cidade no mês de novembro de 2003. Por sua vez, esse quadro vem pouco a pouco se tornando uma realidade na quarta metrópole latino-americana, o Rio de Janeiro. A bacia do rio Guandu, responsável pelo abastecimento de 9 milhões de pessoas da região metropolitana, corre o risco de assumir as mesmas características da bacia do rio Tietê, ou seja, atingir um nível tão alto de poluição que sua água não possa ser mais tratada para tornar-se potável nos próximos cinco anos. Atualmente essa situação vem sendo contornada com o crescente uso de produtos químicos pela Companhia Estadual de Água e Esgoto (Cedae) para tornar a água bruta do Guandu potável segundo os padrões de qualidade fixados pelo Ministério da Saúde (Portaria n. 1.469/00, que substituiu a de n. 36/90).

geleiras ou regiões subterrâneas de difícil acesso; sobram, portanto, apenas 0,007% para o uso humano, disponível em rios, lagos e na atmosfera. No cenário internacional, apenas nove entre os quase 200 países que compõem essa comunidade concentram cerca de 60% dos recursos hídricos do mundo.

Apesar da situação privilegiada do Brasil, país que detém entre 12% e 15% daqueles 0,007% de toda a água doce disponível no planeta, água destinada ao consumo humano, à irrigação e às atividades industriais, graves problemas o afligem, além da poluição, relacionados à distribuição irregular dos recursos hídricos e ao desperdício presente em todos os níveis da sociedade (Agência Nacional de Águas, 2002). Setenta por cento da água brasileira estão na região Norte, onde está situada a bacia Amazônica e vivem apenas 7% da população; a região Centro-Oeste, segunda maior detentora de água do país (15,7%) é a menos populosa (6,5% do efetivo total); a região Sul concentra em seu território 6,5% dos recursos hídricos e 15% da população; a região Sudeste, que tem a maior concentração populacional (42,63% do total brasileiro), dispõe de apenas 6% dos recursos hídricos, e a região Nordeste, que abriga 28,91% da população, dispõe apenas de 3,3%. Portanto, apenas 30% dos recursos hídricos brasileiros estão disponíveis para 93% da população. Entre 40% e 60% da água tratada pelas 4.560 estações de tratamento das prestadoras de serviços de abastecimento de água são perdidas no percurso entre a captação e os domicílios, em função de tubulações antigas, vazamentos, desvios clandestinos e tecnologias obsoletas (Machado, 2004).

O Marco Legal do Setor de Recursos Hídricos

Por mais de 60 anos, as políticas públicas de recursos hídricos foram fortemente dominadas pela supremacia da geração de energia, preocupação expressa até mesmo na denominação do órgão nacional dedicado a disciplinar o uso da água: Departamento Nacional de Águas e Energia Elétrica (DNAEE). É compreensível que tenha sido assim: a necessidade de geração de energia elétrica para impulsionar o desenvolvimento e a industrialização (e até mesmo para permitir a implantação de sistemas de abastecimento de água mais complexos, com uso de bombeamento por meio de motores elétricos) determinou a prioridade para o uso energético da água.

Contudo, a partir dos anos 90 do século passado, o governo brasileiro, diante dos alertas sobre a iminente crise de disponibilidade de água, em especial após a realização do Eco 92 no Rio de Janeiro e do preceituado nos artigos 21 e 22 da Constituição Federal de 1988, equacionou medidas com o objetivo de minorar os problemas já existentes, num país onde ainda convivem a cultura da abundância e a finitude do recurso água. Em dezembro de 1996, o Congresso Nacional aprovou o Projeto de Lei Nacional de Recursos Hídricos, que instituiu a Política Nacional de Recursos Hídricos e criou o Sistema Nacional de Gerenciamento de Recursos Hídricos. Em 8 de janeiro de 1997, o presidente da República sancionou a Lei n, 9.433, dotando o Brasil dos instrumentos legais e institucionais necessários ao ordenamento das questões referentes à disponibilidade e ao uso sustentável de suas águas.

Os principais instrumentos dessa política são os Planos de Recursos Hídricos (elaborados por bacia hidrográfica e por Estado), o enquadramento dos corpos d'água em classes,[5] segundo os usos preponderantes da água, a outorga de direito de uso[6] e a cobrança pelo uso dos recursos hídricos.[7] Como a implementação de tais instrumentos é de caráter executivo, foi criada, por meio da Lei n. 9.984, de 17 de julho de 2000, a Agência Nacional de Águas (ANA), o órgão gestor dos recursos hídricos de domínio da União.[8]

No âmbito dos estados-membros da federação, as constituições promulgadas em 1989 refletiram a mesma sensibilidade em relação aos recursos hídricos que a Constituição Federal, incluindo, entre seus preceitos, artigos e até capítulos direta ou indiretamente ligados à problemática da água, a seus usos e prioridades e à sua participação nos recursos naturais e no meio ambiente.[9] Alguns estados se anteciparam à regulamentação federal e instituíram os seus pri-

[5] Enquadramento significa fazer um programa para assegurar às águas de um corpo d'água uma qualidade compatível com os usos mais exigentes a que forem destinadas. Ou seja, enquadramento, além de ser um cronograma de despoluição de rios, lagos e aqüíferos, é um valioso instrumento de política da gestão dos recursos hídricos, posto que oficializa metas para assegurar a disponibilidade de água no nível de qualidade requerido pela sociedade que vive na e da bacia hidrográfica.

[6] Outorga quer dizer consentimento, assentimento, assenso, anuência, aprovação, beneplácito. Indica a intenção do ato administrativo mediante o qual o poder público, investido do poder outorgante, faculta ao administrado, ora outorgado, o direito ao uso de certa quantidade de água bruta de manancial (água tal como é encontrada nos mananciais, superficiais ou subterrâneos, independentemente de seu nível de qualidade), medida na unidade de tempo, estabelecendo, quando for o caso, o regime de utilização ('turnos') e outras restrições que se façam necessárias, por tempo determinado. A outorga constitui uma manifestação de vontade do poder Executivo, e objetiva assegurar o controle quantitativo e qualitativo dos usos da água, ao mesmo tempo que garante o direito do usuário outorgado. Para uma análise conceitual desse instrumento de gestão na perspectiva de um desenvolvimento sustentável, ver Silva & Monteiro (2004).

[7] Se a outorga reduz conflitos e permite o controle da qualidade e da quantidade da água, assegurando o direito de uso da água ao outorgado, a cobrança, por sua vez, é capaz de induzir o usuário à adoção de uma postura de racionalidade. Portanto, elas se complementam. Nacionalmente, os objetivos da implementação da cobrança pelo uso da água podem ser assim resumidos: a) gerenciar a demanda; b) redistribuir os custos sociais, uma vez que os preços a serem cobrados serão diferenciados de acordo com a capacidade econômica do usuário; c) melhorar a qualidade dos esgotos, urbanos e industriais; d) formar fundos para as obras e outras formas de intervenção no espaço da bacia hidrográfica e, finalmente, e) fazer incorporar ao planejamento global as dimensões social e ambiental de que se reveste o problema da água de mananciais (Machado, 2003c).

[8] Na condição de agência gestora de um recurso natural e não de agência reguladora da prestação de serviços públicos – o que a diferencia fundamentalmente das agências já instaladas para os setores de eletricidade e de telefonia –, a ANA tem oito atribuições principais (art. 4º): 1) outorga onerosa de direito de uso de recursos hídricos em corpos d'água da União; 2) fiscalizar os usos de recursos hídricos nos corpos d'água da União; 3) implementar a cobrança pelo uso de recursos hídricos da União; 4) arrecadar, distribuir e aplicar receitas auferidas por intermédio da cobrança pelo uso de recursos hídricos; 5) planejar e promover ações destinadas a prevenir e minimizar os efeitos de secas e inundações; 6) definir e fiscalizar as condições de operação de reservatórios por agentes públicos e privados, visando a garantir o uso múltiplo dos recursos hídricos; 7) organizar, implantar e gerir o Sistema Nacional de Informações sobre Recursos Hídricos, e 8) estimular e apoiar as iniciativas voltadas para a criação de Comitês de Bacias Hidrográficas.

[9] Somente a partir dos anos 1980 é que se pode dizer que a questão ambiental efetivamente emergiu no interior do Estado. A promulgação da Lei Federal n. 6.938 de 31 de agosto de 1981 (regulamentada pelo Decreto n. 88.351, de 01.06.83, alterado pela Lei n. 7.804, de 18.07.1989, pela Lei n. 8.028, de 12.04.1990 e pelo Decreto n. 99.274, de 06.06.1990, a fim de introduzir modificações colocadas pela Constituição Federal de 1988), inaugurando a Política Nacional do Meio Ambiente, veio normatizar e reunir em um só corpo legal, em escala nacional, procedimentos e ações relativas às questões de proteção, conservação e preservação ambiental, instaurando um novo processo no tratamento dessas questões. Essa lei unificou os princípios ambientais, chamando para si a responsabilidade sobre a supervisão e a formulação de normas gerais da política ambiental em escala nacional.A introdução de uma noção de 'meio ambiente' na esfera estatal obrigou o Estado a se posicionar como instância reguladora das relações e interações entre as diversas dinâmicas sociais concretas – portadoras de lógicas, representações, valores e visões de mundo diferentes e, muitas vezes, conflitantes – e a materialidade. Tal fato implicou o desenvolvimento de inúmeras estratégias, tanto por parte do Estado – por meio da formulação de políticas, normas e regulações ou, ao contrário, por meio da desregulamentação de atividades – quanto da sociedade – por meio da organização e formulação de demandas, que incluíam um espaço de participação no processo decisório das políticas relacionadas ao meio ambiente e o estabelecimento de direitos, entre outras. Para uma análise detalhada desse processo, ver Machado (2000).

meiros planos estaduais de recursos hídricos. Para citar dois exemplos, São Paulo e Ceará, por intermédio da promulgação, respectivamente, das leis estaduais n. 7.663/91 e n. 11.996/92, institucionalizaram o Sistema de Gerenciamento de Recursos Hídricos de São Paulo e o Sistema Integrado de Gestão de Recursos Hídricos do Ceará. Outros estados, por razões diversas, mas sobretudo de ordem político-partidária, só começaram a regulamentar dispositivos constitucionais mais recentemente.

Como veremos a seguir, independentemente desse processo regulatório assistemático, a mudança na forma de encarar os efeitos das atividades humanas sobre o meio natural é produto do fim da crença na capacidade infinita do meio ambiente em suportá-los. Em todo o mundo as preocupações suscitadas com a realidade dos recursos hídricos, isto é, as águas destinadas a usos, têm induzido a uma série de medidas governamentais e sociais, objetivando viabilizar a continuidade das diversas atividades públicas e privadas que têm nas águas doces um de seus principais componentes, em particular daquelas que incidem diretamente sobre a qualidade de vida da população (Machado, 2003b). Não se trata mais apenas de estabelecer padrões para emissões de poluentes ou de fiscalizar o cumprimento de normas técnicas e punir aqueles que, infringindo-as, poluem o meio ambiente, embora não se possa prescindir dessas medidas. Aos governos, em especial, mas também às sociedades, de forma ampla, é atribuída a responsabilidade pela promoção de uma atitude nova em relação aos recursos naturais e aos problemas ambientais.

As Inovações Conceituais da Lei Sobre Gestão das Águas como Recursos Hídricos

A Lei Federal n. 9.433/97, sobre a gestão das águas como recursos hídricos e respectiva organização administrativa, e as diversas legislações estaduais refletem a profunda mudança na concepção do manejo dos recursos hídricos, sobretudo se comparadas à forma pela qual estes vinham sendo, anteriormente, tratados pelo poder público. Algumas considerações de ordem geral, referentes aos fundamentos da lei, merecem ser destacadas. A primeira refere-se à compreensão da água como um recurso natural que, embora considerado renovável, é limitado, estando sujeito a diversas formas de esgotamento. A segunda liga-se ao estabelecimento da bacia hidrográfica como unidade territorial de gestão, em detrimento de outras unidades político-administrativas como os municípios, estados e regiões, uma vez que ela integra as relações causa-efeito que ocorrem na rede de drenagem fluvial, *locus* de manifestação dos diversos aspectos de que a gestão ambiental desse recurso deve dar conta. A terceira consideração diz respeito à concepção dos recursos hídricos como bem público, portanto da água como um bem cujo uso é de todos ou é comum do povo e que, conseqüentemente, deve ser compartilhada com o propósito de atender aos interesses coletivos de toda a população. A quarta consideração está vinculada à constatação empírica de que os usos da água envolvem por vezes uma interação conflituosa entre um conjunto significativo de interesses sociais diversos. A quinta consideração relaciona-se à construção de um arcabouço normativo-administrativo que, reconhecen-

do a legitimidade de tais interesses, estabelece um processo de gestão de recursos hídricos que permite contemplar seu uso múltiplo, não favorecendo determinada atividade ou determinado grupo social. Para tanto, ficou estabelecido que essa gestão integrada deve ser colegiada, devendo por isso ser descentralizada e contar com ampla participação social, incorporando representantes do poder público, dos usuários[10] e das diversas comunidades. Essa incorporação materializa-se na criação de um ente colegiado, o Comitê de Bacia Hidrográfica, cujos objetivos são garantir a pluralidade de interesses na definição do destino a ser dado aos recursos hídricos, no âmbito de cada bacia hidrográfica; possibilitar a mais ampla fiscalização das ações desde sua definição, passando pela elaboração de projetos e pelo controle da eficácia e da aplicação dos recursos financeiros, até a universalização das informações existentes e produzidas sobre recursos hídricos.

Esse último aspecto da Lei n. 9.433/97, o da gestão pública integrada e colegiada, que será abordado em seguida, merece atenção especial, por se constituir em um instrumento de enquadramento institucional de conflitos, inevitáveis num país continental com diversidade fisiográfica, hidrográfica, geomorfológica, hidrológica, econômica, sociopolítica e grandes desigualdades e injustiças sociais. Trata-se de uma concepção que se consolidou há pouco tempo no espaço institucional oficial, mas cujo desenvolvimento remete a um processo organizativo que se deu no terreno fertilizado pelos inúmeros movimentos sociais que, desde a década de 70, fazem parte da realidade política brasileira (Dagnino, 2002; Machado, 2000). Mais recentemente, e tendo por referência possibilidades de uma cidadania ativa, abertas pela Constituição de 1988, essa movimentação ampla e multifacetada desdobrou-se em uma tessitura democrática, constituída na interface entre Estado e sociedade, aberta a práticas de representação e interlocução pública. Nos anos recentes, multiplicaram-se fóruns públicos nos quais questões como saúde, direitos humanos, raça e gênero, cultura, meio ambiente e qualidade de vida, moradia, proteção à infância e à adolescência apresentaram-se como questões a serem levadas em conta em uma gestão partilhada e negociada da coisa pública.

A Noção de Gestão Integrada dos Recursos Hídricos

Antes de prosseguirmos, convém observar que a noção de gestão integrada dos recursos hídricos assume várias dimensões, envolvendo conotações diversas que contaram com o apoio gradual e consensual de cientistas, administradores públicos e empresariais, além de associações técnico-científicas. Trata-se de uma integração referente, primeiro, aos processos de transporte de massa de água que têm lugar na atmosfera, em terra e nos oceanos, ou seja, ao ciclo hidrológico; segundo, aos usos múltiplos de um curso d'água, de um reservatório artificial ou

[10] Usuário não pode ser confundido com o consumidor final. Segundo a lei, usuário é toda pessoa física ou jurídica que faz, diretamente, uso da água superficial ou subterrânea, em seu estado natural, alterando suas condições qualitativas ou quantitativas, bem como o seu regime, ou que interfira em outros tipos de usos. Apesar de o consumidor ou uma indústria usarem a água da rede pública, eles não são classificados como usuários. O usuário, nesse caso, é o serviço ou a empresa estadual ou municipal de água, que capta a água em seu estado natural, a água bruta, a enquadra nos padrões de potabilidade e a vende ao consumidor (Machado, 2003c).

natural, de um lago, de uma lagoa ou de um aqüífero, ou seja, de um corpo hídrico; terceiro, ao inter-relacionamento dos corpos hídricos com os demais elementos dos mosaicos de ecossistemas (solo, fauna e flora); quarto, à co-participação entre gestores, usuários e populações locais no planejamento e na administração dos recursos hídricos; e, finalmente, aos anseios da sociedade por um desenvolvimento socioeconômico com preservação ambiental, na perspectiva de um desenvolvimento sustentável. A Lei n. 9.433/97 consignou esses vários sentidos da noção de gestão integrada nos oito incisos do art. 7º, que estabelece o conteúdo mínimo do plano diretor, cujo objetivo é fundamentar e orientar a implementação da política nacional e estadual de recursos hídricos e seu gerenciamento: o Plano de Recursos Hídricos. O objetivo é fundamentar e orientar a implementação da política nacional e estadual e o gerenciamento de recursos hídricos.

Gestão Pública Colegiada, Integrada, Descentralizada e Participativa com Negociação Sociotécnica

É óbvia, portanto, a razão do interesse do legislador por uma gestão pública colegiada. Gerir uma bacia hidrográfica ou um conjunto de microbacias numa perspectiva integrada, como determina a lei, é administrá-la de modo a evitar a sua deterioração, conservando suas características desejáveis e aprimorando aquelas que necessitam de melhorias. O gerenciamento ambiental dessa unidade territorial depende de haver entendimento, por parte de cada agente, sobre seu papel, responsabilidades e atribuições, para que, adequados os canais de comunicação com os demais agentes, se evitem ações mutuamente neutralizadoras, confrontos e desgastes. O pressuposto a defender é a prevalência dos interesses da coletividade sobre o individual. Daí a necessidade de sistemas colegiados de autogestão ou co-gestão, formados por Comitês de Bacias, porque, quando estes não estão implantados e funcionando regularmente, é freqüente que aquele agente com maior poder e influência imponha sua vontade aos demais, prejudicando-os em seus interesses econômicos ou políticos, ao deteriorar o meio ambiente, apropriando-se de seus recursos naturais sem considerar as necessidades dos demais agentes.

Em conseqüência, o colegiado facilita a transparência e a permeabilidade nas relações entre empresários, atores sociais e ONGs, a interconexão entre atores reguladores e regulados, incorpora os interessados e constitui canal formal de participação da cidadania. Ele constitui fórum de articulação, de negociação, de discussão de problemas emergentes e tem papel normativo; oferece espaço para a expressão e defesa dos interesses difusos, amplos e pulverizados da coletividade, a quem dá voz e canal de expressão, ao mesmo tempo que defende os interesses privados, concentrados e específicos, já que todas as reuniões plenárias são abertas aos interessados e ao público em geral.

Desse modo, a decisão tomada por um ente colegiado como um Comitê de Bacia Hidrográfica reduz o risco de corrupção do ator que toma uma decisão individual movido por interesses privados; limita o grau de liberdade, de condutas abusivas e arbítrio; restringe a

possibilidade de exercício discricionário do poder pelo Executivo; reduz os riscos de captura da instituição pelo técnico ou pelo funcionário, de modo que o recurso institucional seja apropriado para atender a interesses específicos e não às finalidades públicas e coletivas. O Comitê, portanto, previne e reduz riscos de que o aparato público seja apropriado por interesses imediatistas, orientando as políticas públicas e formulando planos de desenvolvimento integrado. Ou seja, a prática de gerenciamento por bacias hidrográficas por meio de comitês é menos um instrumento e mais um pacto social, no qual a gestão de um recurso natural é compartilhada entre os diversos atores, públicos e privados.

Contudo, o instrumental para promover esse pacto social em prol de uma gestão pública, colegiada e integrada dos recursos hídricos, nos moldes descritos anteriormente, deixa de ser tão-somente técnico-científico, pela simples razão de se tratar de um recurso repleto de interesses políticos, econômicos e culturais no seu uso e apropriação. Cabe desvelar esses interesses para que a democracia, participativa ou direta, seja um componente da administração da coisa pública (*res publica*). Isso significa dizer que, para a efetiva sustentabilidade político-institucional da gestão, o estilo de ação orientado pela imposição de uma ordem técnico-científica ao território, mais conhecido como tecnocrático, deve ser substituído pelo estilo de ação orientada pela negociação sociotécnica.[11] Quem vive e molda, portanto, o território de uma bacia hidrográfica, a ele tem acesso e deve poder usufruir do direito ao sustento e ao abrigo é a comunidade, a mesma que arca com as conseqüências diretas das ações implantadas no território onde vive e/ou trabalha.

A prática efetiva de uma gestão pública colegiada, integrada, orientada pela lógica da negociação sociotécnica, significa agir visando ao ajuste de interesses entre as propostas resultantes do diagnóstico técnico-científico e das legítimas aspirações e conhecimentos da população que habita o território de uma bacia hidrográfica, ou seja, entre os diversos atores da dinâmica territorial envolvidos em sua organização (industriais, agricultores, coletividades locais, organizações técnico-científicas etc.) e os entes do aparelho de Estado.[12] No entanto, como é o caso nas mais simples situações de emergência, não existe, obrigatoriamente, entre os diversos atores, a unanimidade inicial quanto às medidas a serem tomadas. Existe, sim, uma tendência natural a propor opções cujo ônus recairá sobre os outros. Cada um quer que medidas sejam tomadas, mas tenta transferir para os outros os seus custos. Eis porque as medidas devem ser negociadas, através de um ente colegiado de base do Sistema Nacional de Gerenciamento de Recursos Hídricos, como o Comitê de Bacia Hidrográfica, de tal maneira que se chegue a decisões que resultem em medidas úteis, bem como a uma divisão eqüitativa dos

[11] Utilizo o termo 'sociotécnico' – criado nos anos 60 por um grupo de sociólogos britânicos que estudavam as organizações empresariais e posteriormente estendido ao estudo das tecnologias por historiadores, sociólogos e antropólogos (Machado, 1991, 2003a) – com o objetivo de enfatizar a necessidade de fazer dialogar o social e o técnico, diante da complexidade, da heterogeneidade e da diversidade dos elementos que se combinam e se misturam num dado espaço geográfico de uma sociedade mais ampla, formando um emaranhado de relações constitutivas das práticas e ações cotidianas dos atores da dinâmica territorial.

[12] Por aparelho de Estado entendo a administração pública em sentido amplo, ou seja, a estrutura organizacional do Estado em seus três poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário) e três níveis (União, estados-membros e municípios). O aparelho do Estado é constituído pelo governo, isto é, pela cúpula dirigente nos três poderes, por um corpo de funcionários civis e pelas Forças Armadas.

esforços e das responsabilidades. Comparada à simples possibilidade de impor, a negociação sociotécnica é, de modo geral, um procedimento, além de incerto, dispendioso do ponto de vista político, financeiro, emocional. É um tipo de interação no qual as partes procuram resolver dificuldades por meio da obtenção de um acordo. Portanto, obviamente, envolve riscos. Todos o admitem. Não se tem *a priori* a segurança de que os resultados almejados se situem na perfeita interseção de todos os interesses. Ela é, pois, um jogo, na medida em que os parceiros não são iguais. Uns possuem mais recursos econômicos, conhecimentos e habilidades técnico-científicas do que outros. Os participantes realizam manobras; utilizam astúcias; reorganizam seus meios para chegar a conduzir os outros a tomar decisões através de um conjunto de movimentos. Mas, esse tipo de recurso tem a vantagem de ajustar melhor as partes entre si, de ser capaz de aprofundar laços; de produzir novas situações e oportunidades, através de um processo de barganha entre argumentos de troca; de firmar, em suma, um pacto.

Por se tratar, contudo, como já dissemos, de um exercício político arriscado, caso o que tenha sido acordado numa negociação sociotécnica e o estabelecido em lei não sejam cumpridos por uma das partes, sempre haverá, inclusive com garantia constitucional, o recurso à apreciação do poder Judiciário, havendo para tanto algumas modalidades de ações judiciais, dirigida cada uma delas a situações específicas, que permitam o exercício da cidadania ambiental.[13] O ordenamento constitucional prescreveu como mecanismos capazes de assegurar à cidadania a defesa judicial do meio ambiente as seguintes ações judiciais: a ação direta de inconstitucionalidade de lei ou ato normativo; a ação civil pública; a ação popular constitucional; o mandado de segurança coletivo e o mandado de injunção; além, é claro, das ações de procedimento comum e das medidas ou ações cautelares respectivas. É, dessa forma, importante o papel reservado ao poder Judiciário na tutela ambiental, pois é através dele que se exercerão os direitos da cidadania, uma vez que a ele serão submetidas as ameaças e lesões de direito perpetradas. Mesmo assim, como alertam os especialistas em direito ambiental (Aguiar, 1996), o ator que decidir fazer uso dos instrumentos jurisdicionais deve avaliar cautelosamente a sua escolha, a fim de que o resultado esperado tenha um mínimo de chance de ser eficaz. A complexidade das causas que envolvem aspectos científicos, técnicos, de pesquisa de campo e mesmo de laboratórios pode tornar os processos judiciais lentos, no caso de isenção de custas, ou caros, no caso da necessidade de uma pronta resposta.

Portanto, formalmente o aperfeiçoamento do sistema de gerenciamento de recursos hídricos brasileiro está nas mãos da cidadania. Mas, como lembra Paulo Affonso Leme Machado (2000: 424) "para que não se destrua a gestão participativa e nem se torne a mesma ineficaz será preciso que o controle social encontre meios de contínua e organizada informação". De fato, as leis são um processo, não letras mumificadas. É a cidadania que as torna eficaz, as modifica ou as suprime.

[13] Sob a designação de 'cidadania ambiental' está compreendido o conjunto de direitos e garantias das responsabilidades conferidas ou atribuídas tanto ao poder público como à sociedade, por intermédio de seus órgãos ou representantes; e dos próprios cidadãos, organizados ou não, capazes de perseguir e fazer valer seus direitos ambientais, aqui entendidos como todos aqueles inscritos e garantidos pelos diversos diplomas normativos – Constituição, leis, portarias, resoluções e outros.

Fragilidades a Serem Vencidas para se Consolidar uma Gestão Pública Descentralizada, Colegiada e Participativa

O processo de redemocratização do Estado brasileiro consignado na Constituição de 1988 consagrou a participação popular na gestão "da coisa pública" ao fundar as bases para a introdução de algumas experiências que contribuíram para a ampliação da esfera pública no país, entendida como arena na qual as questões que afetam o conjunto da sociedade são expressas, debatidas e tematizadas por atores sociais. Esses espaços, além de possibilitarem o exercício do controle público sobre a ação governamental, também tornaram públicos os interesses dos que os compõem.

Mas, atualmente, nestes tempos de mudanças políticas e futuro incerto, para que o exercício da cidadania seja instrumento de implementação do desenvolvimento sustentável com melhoria da saúde ambiental das populações e dos recursos hídricos, através de uma gestão colegiada, descentralizada e participativa, é necessário atentar para algumas fragilidades a serem superadas, a fim de que ocorra uma maior representatividade e efetiva participação dos atores em órgãos colegiados criados por lei, como os Comitês de Bacias Hidrográficas.

Em primeiro lugar, é preciso destacar que o princípio da gestão colegiada, integrada, descentralizada e participativa no Brasil é fundamental para a compreensão da lei como instrumento de mudança de paradigma de política pública. Não obstante, o princípio em questão dá motivo a alguns conflitos entre a sociedade civil organizada[14] e o poder público, uma vez que há uma cultura administrativa de forte tradição centralizadora e tecnocrática, ainda bastante arraigada na administração pública. Mesmo que a Constituição Federal de 1988 tenha instituído um pacto federativo entre União, estados e municípios baseado no princípio de subsidiaridade,[15] a cultura do poder centralizado é uma herança da fundação da República, transmitida de geração a geração, que tem condicionado a evolução política brasileira. No caso dos recursos hídricos, essa cultura sobrevive por intermédio de toda uma geração de especialistas das mais variadas formações, sobretudo das engenharias, que ocupam cargos decisórios em órgãos do poder público, detentores de conhecimentos empíricos sobre as bacias hidrográficas e agindo com base em redes de relações socioprofissionais regionais e/ou nacionais. Trata-se de funcionários públicos que compartilham a crença segundo a qual os técnicos são os que sabem o que é melhor para todos. Esses funcionários não entendem que as ciências e as tecnologias não devem tutelar a democracia direta na gestão integrada das águas, pois nenhum desenvolvi-

[14] A sociedade civil organizada é o setor da organização social desvinculado dos interesses econômicos dos mais diversos grupos e entidades públicas e privadas, que incorpora questões e problemáticas que envolvem direitos humanos e sociais os mais diversos, concepções normativas, valorativas e técnico-científicas amplas e, com freqüência, divergentes, assim como causas de interesses humanos gerais, como é o caso da defesa da saúde, do meio ambiente e da ecologia. Os partidos políticos não fazem parte da sociedade civil organizada por estarem voltados para a conquista e manutenção do poder político *stricto sensu*, sendo componentes naturais da chamada sociedade política – ou conjunto das instituições que conformam e organizam a vida política da sociedade –, tendo no Estado o seu referencial básico, ou centro estratégico (Machado et al., 2004).

[15] No direito administrativo, esse princípio consiste na orientação de que tudo aquilo que pode ser decidido em níveis hierárquicos mais baixos de governo não será resolvido por níveis mais altos dessa hierarquia. Em outras palavras, o que pode ser decidido no âmbito de governos regionais, e mesmo locais, não deve ser tratado na capital federal ou nas capitais dos estados.

mento sustentável poderá existir sem a participação ampliada das populações envolvidas. A gestão integrada, descentralizada e participativa de uma bacia hidrográfica é um assunto sério demais para ficar nas mãos tão-somente dos técnicos do poder público. Além disso, como nos têm ensinado as ciências sociais em geral, a antropologia e a sociologia em particular, toda e qualquer decisão tomada com base em critérios técnicos serve a algum propósito político, quer se tenha ou não consciência disso (Jasonoff, 1994). Tal característica deve-se ao fato de que todo e qualquer técnico, na condição de pessoa humana, traz dentro de si os valores políticos, éticos, morais, hábitos profissionais da sociedade e da cultura da qual faz parte, valores que norteiam suas ações individuais. Uma pessoa habitua-se a tal ponto com certas identidades que, mesmo quando sua situação social muda, ela encontra dificuldade para acompanhar as novas exigências.

Em segundo lugar, a lógica da gestão territorial participativa e descentralizada contida na lei de gestão das águas como recursos hídricos n. 9.433/97 não pode esconder o fato de que o termo 'participação' acomoda-se a diferentes interpretações, já que se pode participar ou tomar parte em alguma coisa de formas diferentes, que podem variar da condição de simples espectador, mais ou menos marginal, à de protagonista de destaque. Assim, a pretendida e esperada participação da sociedade, dos usuários e das comunidades em geral está formalmente incluída na lei, garantida por meio de sua representação eqüitativa nos comitês e demais organismos de bacia hidrográfica, assim como nos conselhos estaduais e nacional.

Mas a participação efetiva e material dos atores também deve ser garantida por meio de outros mecanismos, que valorizem as histórias particulares de cada localidade e as diversas contribuições das populações envolvidas, incorporando-as aos planos diretores e ao enquadramento dos cursos de água. Não se trata apenas de apresentar à população um plano diretor de bacia, elaborado no espaço de trabalho fechado do corpo técnico-científico do poder público, objetivando validá-lo, mas de garantir a efetiva participação da população local na consolidação e materialização de um pacto através da prática política chamada gestão colegiada e integrada com negociação sociotécnica. A base empírica do conhecimento local da população sobre os corpos d'água de uma bacia hidrográfica deve ser valorizada, pois possui um valor socioambiental inigualável. Além disso, os cursos d'água fazem parte da história do indivíduo, da família e da comunidade que integram essa população, ganhando sentidos simbólicos que ocupam uma parte importante de seu patrimônio cultural.

A defesa, portanto, da participação não envolve apenas princípio democrático de sentido humanista, filosófico (quando não degenera para o demagógico ou puramente retórico), mas é também parte importante na construção de uma nova forma de encarar a gestão de recursos públicos caros e escassos. Envolve o pressuposto de que uma pessoa física e/ou jurídica envolvida na tomada de uma decisão sentir-se-á comprometida e procurará vê-la cumprida, será agente, e não paciente, de sua implantação. De fato, a aceitação é maior quando existe participação em todo o processo de gestão de um projeto ou de uma política, e quando o participante faz sua própria escolha. Nos Comitês de Bacias Hidrográficas, a população envolvida é gestora e deve poder reconhecer como propriamente suas as decisões tomadas, que resultam num plano diretor ou no enquadramento de um rio, ou pelo menos deve estar convicta de que elas

são a expressão de um consenso possível, tendo resultado de uma negociação sociotécnica em que suas aspirações foram consideradas.

Em terceiro lugar, é importante acrescentar a fragilidade e os limites da participação da sociedade em um modelo de cidadania ambiental cuja base tem na defesa judicial dos direitos sua principal arma e forma última de controle dos atos ilícitos. São flagrantes a dificuldade e o despreparo do poder Judiciário brasileiro para lidar com as questões relativas ao meio ambiente, conforme foi estampado em matéria publicada na *Folha de São Paulo*, em 14 de outubro de 2001, p. C-1, intitulada 'Justiça deixa maiores poluidores impunes'. Nessa matéria, cuja atualidade é inequívoca, afirma-se que "após três anos de promulgação da Lei de Crimes Ambientais e de 20 anos da Política Nacional de Meio Ambiente, a Justiça brasileira não consegue enquadrar grandes poluidores nas normas do direito ambiental", fazendo menção à afirmação do jurista Édis Milaré, de que "a justiça que tarda é injustiça, principalmente quando se trata de problemas tão preocupantes quanto os do ambiente". Mas, há toda uma tradição romana arraigada no Direito brasileiro, baseada na concepção de propriedade privada, de forte acento individualista e privatista, incompatível com a visão social e coletiva necessariamente presente no direito ambiental.[16]

Em quarto lugar, é imprescindível a participação ativa dos municípios nos Comitês de Bacias Hidrográficas, porque cabe a eles, dentro da competência administrativa comum que lhes é reservada junto à União, aos estados e ao Distrito Federal (Constituição Federal, 23, VI), o exercício de polícia das águas, inclusive em relação aos bens federais e estaduais. De fato, isso os credencia, nos termos de sua Lei Orgânica e de Posturas, a estabelecer medidas restritivas ou de controle para preservar, por exemplo, as águas de uma lagoa, em seu território, ou obrigar os proprietários de um 'lava a jato' a não desperdiçar água tratada, fazendo com que se restrinjam, para esse fim, à utilização de poços artesanais. No exercício do poder de polícia, o município pode exigir taxa, modalidade de receita tributária, como inscrito na Constituição Federal (art. 145, II, e § 2º), para licenciar ou inibir certos usos das águas e até multar infratores por seu mau uso, segundo os interesses comuns urbanos ou metropolitanos. Mas o envolvimento desses entes da federação no processo de formação e consolidação dos Comitês de Bacias ainda é muito tímido, como testemunha o fato de apenas três prefeitos dos 5.561 municípios brasileiros terem comparecido ao encontro do IV Fórum Nacional de Comitês de Bacias Hidrográficas realizado em maio de 2002 no estado de Santa Catarina.[17]

---

[16] Para uma concepção da ciência processual mais aberta, mais flexível, menos conformista e menos formalista, mais adequada ao seu destinatário, que é a pessoa em sua dimensão humana e social, ver Dinamarco (2001).

[17] Uma explicação plausível para essa quase ausência dos municípios na reunião do IV Fórum pode ser encontrada na *Pesquisa de Informações Básicas Municipais 2001* divulgada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em novembro de 2003. A pesquisa revelou que de um total de 5.560, apenas 22% têm conselhos de meio ambiente em atividade, 13,6% têm legislação para áreas de interesse especial e 6,6% têm fundos específicos para ações ambientais. Segundo o levantamento, só 125 municípios têm gestão ambiental integrada, com os três instrumentos combinados. Outra informação fornecida pela pesquisa é de que a preocupação ambiental está concentrada nos centros urbanos e praticamente inexiste nas pequenas cidades. Mesmo assim, houve um aumento dos municípios que passaram a ter conselhos ambientais, de 23% para 29%. Os técnicos do IBGE comprovaram ainda a existência de uma espécie de rodízio: alguns municípios que tinham conselho ambiental em determinado ano deixaram de tê-lo no outro e voltaram a tê-lo no ano seguinte. Os técnicos desconfiam que os conselhos são criados apenas para credenciar os municípios a pleitear recursos federais. Para entrar em programas federais é obrigatório ter conselhos municipais de meio ambiente.

Em quinto lugar, segundo o artigo 38 da Lei n. 9.433/97, cabe aos Comitês: 1) promover o debate das questões relacionadas a recursos hídricos e articular a atuação das entidades intervenientes; 2) arbitrar, em primeira instância administrativa, os conflitos relacionados aos recursos hídricos; 3) aprovar o Plano de Recursos Hídricos da bacia; 4) acompanhar a execução do Plano de Recursos Hídricos da bacia e sugerir as providências necessárias ao cumprimento de suas metas; 5) propor ao Conselho Nacional e aos Conselhos Estaduais de Recursos Hídricos as acumulações, derivações, captações e lançamentos de pouca expressão, para efeito de isenção da obrigatoriedade da outorga de direitos de uso de recursos hídricos, de acordo com o domínio destes; 6) estabelecer os mecanismos de cobrança pelo uso dos recursos hídricos e sugerir os valores a serem cobrados; 7) estabelecer critérios e promover o rateio de custos das obras de uso múltiplo, de interesse comum ou coletivo. No entanto, paradoxalmente, até o presente nenhum dispositivo jurídico foi editado visando a definir a posição estatal e a atuação funcional dos Comitês na administração pública, bem como do estatuto jurídico das pessoas físicas que atuam como seus agentes. Fazendo uso da terminologia empregada por Hely Lopes Meirelles (2001), caberia perguntar: um Comitê de Bacia é um órgão independente, autônomo, superior ou subalterno? Os integrantes dos Comitês são agentes públicos? De que tipo? Agentes políticos, administrativos, honoríficos, delegados ou credenciados? Regionalmente, uma das conseqüências políticas dessas indefinições por parte dos poderes públicos federal e estaduais foi, por exemplo, a exclusão, em 2003, dos Comitês de Bacias Hidrográficas de Minas Gerais do Conselho Estadual de Recursos Hídricos.

Em sexto lugar, devemos frisar que as novas idéias são importantes para as mudanças sociais ou políticas. A política de recursos hídricos suscita certamente novas idéias ou, pelo menos, uma reinterpretação de antigas idéias ou de idéias velhas de algumas décadas. Mas é importante nunca esquecer que as preocupações dos cidadãos com o meio ambiente sempre foram instáveis, variadas e ambíguas. Alcançaram raramente a intensidade necessária para forçar uma mudança radical das políticas, exceto quando os cidadãos agem de forma organizada e melhor qualificada para o exercício da cidadania ambiental. Além disso, as preocupações expressas pelos cidadãos ultrapassam freqüentemente suas preocupações reais, como testemunham suas escolhas de consumo, de moradia ou de transporte. Pode-se esperar que a emergência de uma crise ambiental, como a escassez de água em algumas regiões do país que vem se prolongando neste início de século, um evento cíclico com escala temporal alternada, provoque reações muito pontuais, e não uma reorientação fundamental do pensamento ou do comportamento.

O fato de que as novas idéias sobre gestão de recursos hídricos não tenham ainda transformado substantivamente a administração pública da maioria dos estados e municípios da federação, ou os comportamentos individuais, não significa, no entanto, que elas sejam ineficazes. Seu efeito medir-se-á ao longo das próximas décadas, e não em anos, dependendo das mudanças que venham a ocorrer na forma como governantes e parlamentares se tornaram donos do poder desde a época da Colônia (Faoro, 1957), mantendo com os cidadãos relações pessoais de favor, clientela e tutela, caracterizando a indistinção atual entre o público e o privado que ainda organiza o aparelho do Estado no Brasil.

Esperar que tais intervenções marquem, ocasionalmente, mudanças de comportamentos em grande escala é, talvez, ilusório, fazendo com que se ignore nossa responsabilidade coletiva em produzir mudanças mais realistas. Grandes mudanças sociais ocorrem freqüentemente, mas, à exceção das revoluções, estendem-se sobre décadas ou períodos mais longos. Além disso, essas mudanças não se originam unicamente das políticas públicas, e não ocorrem necessariamente por causa delas. Tais políticas podem, certamente, desempenhar um papel relevante, mas não podem, sozinhas, forçar uma mudança social. O que elas podem, na verdade, é ajudar na interação das forças em jogo. Numerosos e distintos tipos de mudanças podem agir entre si. Mesmo as mudanças individuais, que parecem inexpressivas, podem mostrar-se bastante úteis, uma vez reagrupadas.

Em sétimo lugar, qualquer lei nova implica duas mudanças que ultrapassam, na maioria das vezes, os limites da nossa capacidade de apreensão da realidade imediata: introduzir modelos de conduta que antes não existiam, modificar as relações dos atores entre si e entre estes e o Estado. Essa transformação representa um conjunto de perturbações que pode chegar a ser muito violento. Daí a necessidade de um período de adaptação para prover, ajustar e até renunciar, pois o legislador pode verificar que o que pensou como realizável é, na prática, impossível, ou até produzir resultados absolutamente contrários aos esperados.

Afora seus efeitos empíricos, a lei, em si mesma, é um objeto intelectual, uma estrutura abstrata que necessita ser compreendida e desenvolvida, pois, ao ser analisada, diz muito mais do que está escrito. Melhor, o que não diz expressamente é tão obrigatório como o que aparece no texto, sob a condição de que se trate de conseqüências rigorosamente lógicas e não esteja em oposição com os fins sociais aos quais o legislador se propôs.

Não se pode esquecer que a lei é ditada para reger o futuro, porém sob as condicionantes da realidade de seu tempo; a evolução ambiental, social, econômica e tecnológica produz continuamente mudanças e situações novas que não poderiam ter sido imaginadas pelo legislador, mas que, apesar de tudo, necessitam de regulação, caso contrário resultariam em anarquia e insegurança.

Sem deixar de reconhecer o grande esmero das autoridades, tanto a federal quanto as estaduais, na elaboração da lei sobre gestão das águas como recursos hídricos, é seguro afirmar que, à medida que passe o tempo, aparecerão – um depois do outro – distintos problemas, sendo alguns deles já abordados nos projetos de lei n. 1.616 e 4.147 ora em tramitação no Congresso Nacional, pois se trata de uma obra humana e, como tal, imperfeita, embora, pela mesma razão, aperfeiçoável.

Isso quer significar que, seguindo-se à nova lei, aguarda-se um autêntico trabalho de gestão: desenvolvê-lo em todos os seus alcances e conseqüências, interpretá-lo, eliminar as contradições, preencher os vazios, afastar suas incoerências; em suma, fazer com que chegue, dentro do possível, ao ideal de uma clareza absoluta, de maneira que todos os atores da dinâmi-

ca territorial de uma bacia hidrográfica possam conhecer e discutir as 'leis do jogo' do delicadíssimo ato de gerir um bem de uso comum do povo, a água.

Finalmente, em termos de arcabouço jurídico, a legislação brasileira sobre meio ambiente e saúde pública, embora alcançando um expressivo nível de complexidade e abrangência na última década (Machado, 2000), ainda se ressente de várias brechas remanescentes, dado que ainda não se conseguiu consolidar uma legislação que proporcione à cidadania uma totalidade normativa coerente e homogênea. Exemplo disso é o Estatuto da Cidade (Lei n. 10.257), aprovado pelo Congresso Nacional em 10 de julho de 2001, após 11 anos de negociações e adiamentos, que estabeleceu as diretrizes e ações necessárias à sustentabilidade dos meios urbanos.[18] Essa nova legislação atinge 85% da população brasileira, moradora de áreas urbanas.

Todavia, dois temas relevantes, que repercutem diretamente sobre o assunto, carecem da definição de regras específicas: o saneamento básico e a limpeza urbana. Embora a Política Nacional de Resíduos Sólidos e a Política Nacional de Água e Esgoto estejam em tramitação no Congresso Nacional, a falta de um quadro normativo em vigor sobre o gerenciamento integrado entre recursos hídricos, saneamento e tratamento adequado do lixo só pode ser conveniente aos que pretendem aproveitar-se da atual anomia, ainda que isso leve o Brasil a manter seus baixos níveis globais de desenvolvimento humano. Tal fato se reflete na degradação cada vez maior do meio ambiente urbano: contaminação de rios, lagos e lençóis freáticos, acarretando a proliferação de várias doenças infecciosas e parasitárias. Mas a redução e a prevenção de doenças por meio do saneamento básico aumentam a vida produtiva do indivíduo, seja pela ampliação da vida média ou pela diminuição do tempo perdido (ausências no trabalho). Essa constatação permite questionar uma concepção bastante difundida, segundo a qual o fato de que algumas coisas deixam de acontecer é atribuível a uma suposta 'falta de vontade política' das autoridades. Essa expressão é uma contradição em seus próprios termos. O que existe na origem desses 'desacontecimentos' é, sempre, uma conveniência da omissão, ou seja, a presença de uma vontade política: a vontade política de não fazer.

Concluindo, para aqueles que escolheram o caminho da democracia direta e constitucional, tanto do ponto de vista político quanto profissional, essas reflexões podem tornar-se, na verdade, um estímulo ao compromisso de todos, de agir sempre em prol do bem-estar desta e das futuras gerações, de forma inequívoca. Tal escolha envolve princípios e direitos fundamentais: defesa da democracia, do direito à saúde e ao acesso às ações e serviços necessários para sua proteção e recuperação; repúdio à arbitrariedade e ao desmando. Conseqüentemente, ela remedeia os problemas socioambientais causados pelos padrões atuais de desenvolvimento econômico e de utilização dos recursos naturais.

[18] As inovações contidas no Estatuto situam-se em três campos: novos instrumentos de natureza urbanística voltados para induzir – mais do que normalizar – as formas de uso e ocupação do solo; nova estratégia de gestão que incorpora a idéia de participação direta do cidadão em processos decisórios sobre o destino da cidade e a ampliação das possibilidades de regularização das posses urbanas, até hoje situadas na ambígua fronteira entre o legal e o ilegal. O desafio lançado pelo Estatuto incorpora o que existe de mais vivo e vibrante no desenvolvimento da democracia brasileira: a participação direta (e universal) dos cidadãos nos processos decisórios. Audiências públicas, plebiscitos, referendos, além da obrigatoriedade de implementação de orçamentos participativos são, assim, mencionados como instrumentos que os municípios devem utilizar para ouvir, diretamente, os cidadãos em momentos de tomada de decisão a respeito de sua intervenção no território.

Referências Bibliográficas

AGÊNCIA NACIONAL DE ÁGUAS. *A Evolução da Gestão dos Recursos Hídricos no Brasil*. Brasília: ANA, 2002

AGUIAR, R. A. R. de. *Direito do Meio Ambiente e Participação Popular*. Brasília: Ibama, 1996.

DAGNINO, E. (Org.) *Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

DINAMARCO, C. R. *Instituições de Direito Processual*. São Paulo: Malheiros, 2001.

FAORO, R. *Os Donos do Poder*. Porto Alegre: Editora Globo, 1957. 2 vols.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa de Informações Básicas Municipais 2001*. Rio de Janeiro: IBGE, 2003a.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Atlas do Censo Demográfico 2000*. Rio de Janeiro: IBGE, 2003b.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo 2000*. Rio de Janeiro: IBGE, 2002a.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa Nacional de Saneamento Básico 2000*. Rio de Janeiro: IBGE, 2002b.

JASONOFF, S. *The Fifth Branch: science advisers as policymakers*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1994.

MACHADO, C. J. S. *Cientistas e Engenheiros em Ação: um perfil da antropologia das ciências sociais e das técnicas de Bruno La*tour, 1991. Tese de Mestrado, Rio de Janeiro: Coordenação dos Programas de Pós-Graduação em Engenharia, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

MACHADO, C. J. S. *Tecnologia, Meio Ambiente e Sociedade: uma introdução aos modelos teóricos*. Rio de Janeiro: E-papers, 2003a.

MACHADO, C. J. S. Experiências internacionais de gestão de águas internas: uma análise comparada com o arcabouço jurídico brasileiro. *Revista Forense Eletrônic*a, 366:449-469, 2003b.

MACHADO, C. J. S. A cobrança pelo uso da água: contribuição para sua implementação no estado do Rio de Janeiro. *Revista Rio de Janeiro*, 9:55-75, 2003c.

MACHADO, C. J. S. (Org.) *Gestão de Águas Doces*. Rio de Janeiro: Interciência, 2004.

MACHADO, C. J. S.; MIRANDA, N. & PINHEIRO, A. A. dos S. A nova aliança entre estado e sociedade na administração da coisa pública: descentralização e participação na Política Nacional de Recursos Hídricos. In: MACHADO, C. J. S. (Org.) *Gestão de Águas Doces*. Rio de Janeiro: Interciência, 2004.

MACHADO, P. A. L. *Direito Ambiental Brasileiro*. 9.ed. São Paulo: Malheiros, 2001.

MEIRELLES, H. L. *Direito Administrativo Brasileiro*. 26.ed. São Paulo: Malheiros, 2001.

SILVA, L. M. C. da & MONTEIRO, R. A. Outorga de direito de uso de recursos hídricos: uma das possíveis abordagens. In: MACHADO, C. J. S. *Gestão de Águas Doces*. Rio de Janeiro: Interciência, 2004.

SHIKLOMANOV, I. World fresh water resources. In: GLEICK, P. H. (Ed.) *Water in Crisis: a guide to the world's fresh water resources*. Oakland, Stockholm: Pacific Institute of Studies in Development, Environment and Security, Stockholm Environmental Institute, 1998.

31. ALCOHOLISMO, OTRAS ADICCIONES Y VARIAS IMPOSIBILIDADES

Eduardo L. Menéndez
Renée B. Di Pardo

Todos los datos indican el constante aumento de la producción y consumo de bebidas alcohólicas a nivel internacional, así como que el alcohol constituye la sustancia considerada adictiva –o, por lo menos, generadora de dependencia– de mayor consumo en los países de la región.

A nivel internacional, el alcohol constituye la 'droga' de mayor producción, consumo y sobre todo penetración, no sólo en comunidades en las que las bebidas alcohólicas han sido parte de sus formas de vida –como es el caso de la mayoría de los países europeos y americanos–, sino también respecto de sociedades asiáticas y africanas, caracterizadas, hasta principios de los años 50, por el bajo consumo (Cavanagh & Clairmonte, 1985; Moser, 1974).

Desde ese momento, la expansión ha sido constante y ha dado lugar al incremento de consecuencias en términos de salud física y mental, que condujeron tempranamente a reconocer al alcoholismo y al 'abuso' de bebidas alcohólicas, como uno de los principales problemas de salud mental a nivel latinoamericano –para varios especialistas mexicanos, el principal problema– y a proponer medidas que redujeran el impacto de esta problemática, tal como ocurrió a fines de la década del 50 y principios del 60 del siglo pasado.

Este reconocimiento se dio especialmente en términos de salud mental pero desde una visión salubrista, debido a que no sólo fue descripta epidemiológicamente sino que se propusieron acciones asistenciales y preventivas generadas especialmente por la escuela chilena de salud pública a partir de las concepciones de Marconi y Horowitz.

El aumento del consumo a nivel regional, expresado a través del incremento de sus consecuencias en términos de morbimortalidad, condujo, a partir de la década del 70, a que varios países propusieran programas especiales de los cuales destacamos el desarrollado por Costa Rica, caracterizado por la notable inversión en recursos materiales y humanos y por su continuidad, ya que mantuvo una intensidad sostenida durante 15 años aproximadamente.

Debemos señalar que el reconocimiento del impacto del consumo de alcohol y sus consecuencias se produjo básicamente desde la salud mental, y en un segundo nivel, en términos de cirrosis hepática, pero los programas se diseñaron casi exclusivamente desde el ángulo de la salud mental. Por ejemplo, no conocemos la existencia de ningún programa contra la cirrosis hepática, pese a la presencia significativa de este padecimiento en el perfil de mortalidad de varios países latinoamericanos. En la mayoría de los países de la región no se establecieron programas específicos salvo respecto de accidentes de transporte, pero sus actividades fueron escasas y discontinuas.

No obstante, durante la década del 70 y hasta la actualidad siguieron incrementándose la producción y el consumo de bebidas alcohólicas, así como la mayoría de sus consecuencias. Esto ocurrió no sólo en los países en los que no se formularon programas, o en los cuales las medidas fueron muy escasas, sino también en países como Chile, Costa Rica y México, en los cuales se aplicaron y/o aplican programas específicos. En 1986 se estableció en México un programa nacional contra el alcoholismo y abuso de bebidas alcohólicas que perdura hasta la actualidad, pero que no ha conseguido reducir ni alterar las consecuencias negativas de este consumo (Menéndez & Di Pardo, 2002; Secretaría de Salud, 1986a, 1986b).

El Alcoholismo como Problema Prioritario de Salud

La importancia del consumo de bebidas alcohólicas reside en que sería la causa principal o complementaria, directa o indirecta, de toda una serie de padecimientos físicos y mentales que se han ido constituyendo en parte de las primeras causas de mortalidad en la mayoría de los países de la región, ya sea a nivel general o de ciertos grupos etarios en particular.

El consumo de alcohol aparece como la causa directa de cirrosis hepática, alcoholismo crónico y alcoholismo dependiente; pero además aparece como el factor más asociado a la mortalidad por violencias inter e intragénero. En varios países de América Latina, la cirrosis hepática alcanza las tasas más altas de mortalidad a nivel mundial, ya que Chile y México, junto con Portugal y Francia, se caracterizan por tener los valores más altos de mortalidad a través de una serie histórica de más de 50 años. Del mismo modo, el consumo de alcohol sería causa directa de determinados tipos de pancreatitis, cáncer de labio, lengua y otras partes del tubo digestivo así como del síndrome de alcoholismo fetal (Menéndez, 1990; Menéndez & Di Pardo, 2003, Organización Panamericana de la Salud, 1964, 1966, 1970, 1974, 1978, 1982, 1990, 1998; Secretaría de la Salud, 2001).

Una característica del consumo de alcohol es la de generar padecimientos que se asocian constantemente con otros en términos de comorbilidad y que adquieren expresiones muy diversas según sectores sociales y momentos históricos. La primera comorbilidad observada fue reconocida por epidemiólogos y demógrafos franceses a fines del siglo XIX y evidenciaba la asociación constante entre alcoholismo/desnutrición/tuberculosis broncopulmonar como una

unidad causa/efecto que constituía la principal causal de sobremortalidad masculina en el proletariado urbano de dicho país. La segunda asociación, propuesta también por estudiosos franceses a fines del siglo XIX, fue la establecida entre consumo de alcohol/violencia, en particular homicidios y agresiones físicas y referidas al conjunto de los estratos subalternos franceses.

En América Latina esta asociación y comorbilidad se expresaron especialmente a través de la relación entre cirrosis hepática y desnutrición, por ser la variable más válida al momento de explicar la alta tasa de mortalidad por cirrosis hepática en países como Chile y México. En este último, la cirrosis –y otras enfermedades hepáticas constituyen actualmente la quinta o sexta causa de mortalidad a nivel general, pero durante años fue la primera causa de muerte en varones de 45 a 64 años y la segunda en el grupo de 25 a 64. Su impacto ha sido referido especialmente no sólo a las clases más bajas del país sino en particular a la mayoría de los grupos indígenas (Di Pardo & Menéndez 2001b, Menéndez, 1988a, 1988b, 1990; Menéndez & Di Pardo, 1981, 2003; OPS, 1993; Secretaría de la Salud, 2001).

La asociación alcohol/desnutrición como causal de la letalidad de la cirrosis hepática fue propuesta para América Latina desde la década del 40 y se mantuvo como la principal explicación durante los años 50, 60 y 70, siendo una de las mayores evidencias de la situación de marginalidad y pobreza en que vivía gran parte de los sectores subalternos en varios países de la región. Esta explicación fue propuesta por especialistas en cirrosis hepática con orientación sanitarista, pero nos interesa subrayar que a partir de los años 70 se desarrolló una orientación básicamente clínica que redujo cada vez más el papel del alcohol y de la desnutrición en la génesis de esta enfermedad (Dajer et al., 1978).

Por otra parte, a partir de la década del 80 se redescubren ciertos aspectos que ya habían sido observados a principios del siglo XX por la clínica psiquiátrica: nos referimos a la comorbilidad observada entre padecimientos mentales; en nuestro caso la asociación entre alcoholismo y depresión, entre alcoholismo y esquizofrenia o entre alcoholismo y enfermedad bipolar, de tal manera que el alcoholismo aparece vinculado y articulado con las principales causas de enfermedad mental y, especialmente, con determinados cuadros de psicosis.

Durante los años 70, pero sobre todo a partir de los 80, se observa una asociación que se incrementa constantemente hasta convertirse en una de las principales pautas de consumo, desarrollada primero en sectores sociales medios y altos, y luego expandida a sectores populares. Dicha pauta consiste en el consumo simultáneo de varias drogas 'ilegales' y alcohol, que en la actualidad alcanza su principal expresión en la producción y consumo de comprimidos constituidos por varias sustancias adictivas y no adictivas que suelen ingerirse con un trago de alcohol, lo que en México se denomina 'tachas'. Este tipo de consumo, que se observa sobre todo en sectores juveniles, acelera el efecto de las sustancias ingeridas, ya que 'colocan' más rápidamente al sujeto que las consume y simultáneamente potencian el desarrollo de varios problemas de salud.

Pero esta asociación múltiple de sustancias adictivas no es nueva; ahora que estamos entrando en un mundo 'sin tabaco' a partir de las conclusiones y propuestas surgidas de la investigación biomédica y de la presión de organismos internacionales –especialmente de la Organización Mundial de la Salud–, debemos recordar que desde fines del siglo XIX se organiza un modo de consumo urbano, especialmente en países europeos y americanos, en los varones del conjunto de las clases sociales y especialmente de los estratos subalternos, caracterizado por integrar alcohol, tabaco y café. Según los análisis actuales, dichas sustancias no sólo tendrían condiciones adictivas sino que también habrían potenciado el desarrollo de ciertos tipos de padecimientos que han constituido dos de las principales causas de mortalidad en varones en edad productiva desde fines del siglo XIX hasta la actualidad: nos referimos a la cirrosis hepática y al cáncer pulmonar. Dichas sustancias habrían potenciado además, el desarrollo de otros tipos de problemas de salud.

Desde nuestra perspectiva el consumo de alcohol presenta una dualidad sumamente interesante, ya que puede generar cirrosis hepática o alcoholismo dependiente en quien consume, pero también consecuencias de gravedad muy diferente en sujetos y grupos que no consumen o lo hacen moderadamente, como puede observarse sobre todo a través de la morbimortalidad por 'violencias'. La asociación entre consumo de bebidas alcohólicas y accidentes de tránsito está suficientemente demostrada a nivel internacional. La duda gira en torno al porcentaje de accidentados que puede vincularse a los accidentes ocurridos. El consumo de alcohol y su papel en la incidencia de accidentes en jóvenes es un problema en aumento a nivel mundial, pasando a constituir en la actualidad una de las primeras causas de muerte en jóvenes de 15 a 24 años en varios países latinoamericanos.

Como sabemos, en los accidentes no sólo puede lesionarse o morir quien conduce, alcoholizado o no, sino también las personas que viajan junto con el conductor y que también pueden o no estar alcoholizadas, así como personas que viajan en otro vehículo o transeúntes que son atropellados, y que también pueden o no estar alcoholizados. Una de las consecuencias más notorias de los accidentes de tránsito graves, es la secuela de invalideces que genera. Éstas han sido estimadas de maneras muy diversas, según las cuales todo accidente grave dejaría entre 6 y 15 personas con secuelas de invalidez. Por esta razón, nos interesa subrayar el incremento de estas consecuencias especialmente en personas jóvenes (Tapia, 1994).

Una segunda asociación de este tipo es la que se observa entre consumo de alcohol y diferentes expresiones de la agresividad. El consumo de alcohol aparece frecuentemente asociado a suicidios, pero también a agresiones dirigidas hacia otras personas en cuanto a lesiones y homicidios. El sujeto alcoholizado no sólo puede dañarse a sí mismo sino también a otras personas y grupos. En términos de homicidio, el agresor y la víctima pertenecen generalmente al sexo masculino, pero en términos de lesiones, el golpeador es frecuentemente varón y la agredida, mujer, constituyendo la violencia alcoholizada uno de los principales instrumentos de violencia antifemenina, por lo menos en México. Por otra parte, se ha ido evidenciando que el consumo de alcohol acompaña frecuentemente la violencia de la mujer hacia sus hijos, así

como las violencias entre diferentes miembros del grupo familiar. Toda una serie de episodios codificados como 'accidentes en el hogar' suelen ser efectivamente accidentes, como ocurre en el caso de ancianos que viven solos y que frecuentemente están alcoholizados; pero en otros casos, el evento no constituye un 'accidente' sino que encubre una agresión familiar que es consignada en los servicios médicos como accidente y que frecuentemente está asociada al consumo de alcohol (Menéndez & Di Pardo, 2001, 2002).

Subrayamos que estas asociaciones no las proponemos en términos de causalidad. No estamos afirmando que el consumo de bebidas alcohólicas sea la causa de los homicidios entre varones o de la violencia contra mujeres, sino que señalamos que el consumo de bebidas alcohólicas constituye el factor más asociado – más que ningún otro – a dichas conductas violentas. Algunos autores señalan atinadamente que el alcohol no es la causa de estas conductas; lo sabemos con precisión desde la publicación del notable estudio de Mac Andrew y Edgerton (1969), pero la mayoría plantea la cuestión de modo que el uso y consumo de alcohol quedan excluidos del proceso que caracteriza a las violencias. Para nosotros, la cuestión decisiva no es tanto de tipo etiológico, pensada en términos de una causalidad mecánica y unilateral, sino explicar por qué el alcohol es la sustancia que entre nosotros –y subrayamos 'entre nosotros'– más se relaciona con actos de violencia hacia otros y hacia nosotros mismos. ¿Qué papel y significación damos los sujetos y grupos sociales a la relación violencia/alcohol para que su asociación sea tan frecuente y constante?

Es casi seguro que determinados tipos de agresiones entre varones, y entre varones y mujeres, ocurrirían igual sin la necesidad de consumir alcohol, pero el problema radica en explicar por qué tantos actos de violencia necesitan ser acompañados por el consumo de alcohol; por qué tantas mujeres describen al alcohol como la sustancia que casi inevitablemente acompaña las violencias de sus parejas hacia ellas (Di Pardo & Menéndez, 2002, Menéndez & Di Pardo, 2003).

Desde la perspectiva señalada, el consumo de bebidas alcohólicas, asociado o no con violencias, aparece como un síntoma, como un indicador o como un componente frecuente del tipo de relaciones constituidas en el interior de los microgrupos y especialmente de los grupos familiares. En términos reales o imaginarios, el alcohol sería un instrumento utilizado en las violencias intrafamiliares ejercidas respecto de la mujer y los hijos. El consumo de alcohol acompaña una parte de las violaciones entre padres e hijos (padre/hija; madre/hijo), pero también entre otros miembros de los grupos familiares (tíos/sobrinos; abuelos/nietos), así como las violencias que se desarrollan entre vecinos y conocidos, ya que –como sabemos– el mayor número y frecuencia de hechos de violencia se da entre personas vinculadas entre sí por relaciones familiares y comunitarias cercanas.

Pero en tanto el consumo de alcohol aparece relacionado con ciertas características agresivas de la sexualidad, emerge también como un factor vinculado a 'desobligaciones' sexuales, especialmente por parte del varón, que se expresan en el 'alcoholismo de fin de semana' que

permite al hombre autoexcluirse de tener relaciones sexuales con su mujer. A su vez, el alcohol aparece como una sustancia vinculada a las infidelidades masculinas y femeninas; la celotipia característica de ciertos cuadros psiquiátricos de alcoholismo –sobre todo masculino– expresa en términos diagnósticos un factor que interviene frecuentemente en las relaciones entre hombres y mujeres, según el cual el alcoholismo del varón incrementa la celotipia, pero a su vez, el alcoholismo de la mujer puede aparecer ante el varón como un factor que evidencia la 'facilidad' sexual de la mujer que la hace proclive a las infidelidades. Más allá de sus expresiones en la realidad, el consumo de alcohol emerge en el imaginario familiar como una suerte de sintetizador y disparador de relaciones familiares conflictivas que potencian las violencias en el interior de las mismas.

El alcoholismo daría lugar al desarrollo de un proceso que comienza a ser reconocido en la década del 60, primero justamente en función de las consecuencias del consumo de alcohol y luego referido a toda una variedad de padecimientos. Nos referimos a lo que se denomina codependencia, es decir, el reconocimiento de que al desencadenarse un padecimiento como el alcoholismo, uno o más miembros del grupo familiar –también puede serlo un amigo–, comienzan a desarrollar conductas de acompañamiento, protección, solapamiento a través de las cuales no sólo se potencia aún más el padecimiento del sujeto alcoholizado, sino que la persona que acompaña la enfermedad va adquiriendo características de la misma, va desarrollando sufrimientos que lo convierten en un co-enfermo. En el caso del alcoholismo, este proceso se traduce en la frecuencia con que la mujer adquiere el hábito alcohólico a través de su pareja masculina por muy diversas razones.

Queremos subrayar que los padecimientos y procesos señalados se caracterizan por ser algunos de los que presentan mayores subregistros en términos epidemiológicos, lo cual en principio quiere decir que el consumo de alcohol y sus consecuencias son mucho más extendidos y graves que lo que nos indican las estadísticas oficiales.

Este subregistro no sólo opera sobre las consecuencias, sino también en la producción y consumo de bebidas alcohólicas; en México se calcula que la producción clandestina genera por lo menos el 50% del alcohol consumido en el país. En el caso de las consecuencias, todos sabemos que la mayoría de ellas, relacionadas con violencia –especialmente violencias intrafamiliares e intergrupales–, escapa a la detección y sobre todo a la codificación médica, pero incluso una de las que menos debería escapar, como es la mortalidad por cirrosis hepática constituye en México una suerte de misterio estadístico: pese a que desde la década del 50 el consumo *per capita* de bebidas alcohólicas se incrementó constantemente, la tasa de mortalidad por cirrosis hepática permanece más o menos igual a sí misma con un leve aumento en los últimos 10 años. Es importante consignar que su significación va siendo desplazada por la mortalidad por hepatitis C.

El consumo de alcohol y sus consecuencias han sido considerados una problemática de género, ya que no sólo constituyen una de las primeras causas de mortalidad en varones en

edad productiva a nivel de la mayoría de los países americanos, sino que para muchos especialistas, también es la principal causal de sobremortalidad masculina. Según nuestro análisis, las causas directas e indirectas relacionadas con el consumo de alcohol constituyen la primera causa de muerte en varones en edad productiva en México (Menéndez, 1990; Menéndez & Di Pardo, 2002).

Pero, además, desde la década del 60 se observa en un país como Francia (Costamagna, 1981; Membrado, 1994) y desde los 80 en varios países americanos, un aumento sostenido del consumo de alcohol en mujeres que conduce a que la tasa de mortalidad por cirrosis hepática trepe en algunos grupos etarios a las primeras 10 causas de mortalidad. Un proceso similar, aunque con otras características, se observa respecto del consumo de alcohol y su asociación con mortalidad por violencia en jóvenes de ambos sexos a edades cada vez más tempranas (Eber, 1995; Elú de Leñero, 1985, 1988; Finkler, 1994; Hartman, 1992; Langer & Tolbert, 1996; Menéndez & Di Pardo, 2003; Tapia, 1994).

Nos interesa subrayar que gran parte de las consecuencias directas e indirectas resultantes del consumo y uso de bebidas alcohólicas sigue incrementándose en términos de morbimortalidad y de otro tipo de daños a nivel individual y colectivo, y que las acciones del sector Salud, excepto en algunos países en el capítulo de accidentes en la vía pública, no generan una reducción del impacto de este consumo en la salud de la población.

Alcoholismo y Otras Adicciones

Desde nuestra perspectiva hay un aspecto que nos interesa señalar porque en gran medida evidencia las orientaciones no sólo del sector Salud sino del Estado hacia el consumo de alcohol y sus consecuencias. Nos referimos a la actitud diferencial que existe por parte de este sector hacia el alcohol –y hasta hace muy poco hacia el tabaco– comparada con la actitud hacia el conjunto de las drogas consideradas ilegales.

El alcohol, junto con el tabaco, sería la única sustancia vinculada a la fármacodependencia que tiene un estatus de legalidad, es decir que no está prohibida. Sin embargo, en términos médicos, el alcohol no sólo genera dependencia, sino que es una de las drogas más 'duras' en función del tipo de dependencia que genera y de sus consecuencias en cuanto a morbimortalidad.

Si bien no todo bebedor excesivo y dependiente contrae cirrosis hepática y si bien no todo cirrótico es un bebedor dependiente, un alto porcentaje de ellos sí lo es, de manera tal que la cirrosis hepática constituye un indicador indirecto de bebedor excesivo y/o dependiente y, sobre todo, una de las principales evidencias de la 'dureza' de esta sustancia. Para muchos clínicos constituiría la principal evidencia de dependencia, dado que frecuentemente un sujeto que sabe que tiene cirrosis suele negar su alcoholismo, y por lo común sigue bebiendo aun sabiendo que puede morir, ya que el consumo de alcohol acelerará la muerte en la mayoría de los casos (Menéndez & Di Pardo, 2002).

En nuestro análisis, debemos asumir que la discusión médica sobre la categoría diagnóstica 'dependencia' se constituyó en torno a las drogas en general, pero especialmente en torno al alcohol durante los años 40 y 50 del siglo pasado. Esto fue así por una razón muy sencilla: el alcohol era y sigue siendo la sustancia potencialmente adictiva más consumida en los países en los cuales se dio esta discusión, que fueron los países europeos de mayor desarrollo económico junto con EE.UU. En el conjunto de esos países, en la década del 60 y también en la actualidad, la droga más consumida, la que genera más cuadros de dependencia y la más asociada a mortalidad – y en países como EE.UU., a la criminalidad– sigue siendo el alcohol. Fue en las investigaciones clínicas y epidemiológicas desarrolladas en esos países que se constituyeron las categorías biomédicas referidas a la dependencia que posibilitaron definir al alcoholismo como una enfermedad (Edward & Arif, 1981; Grup Igia, 2000, 2001; Menéndez ,1990; O'Hare et al., 1995; Tapia, 1994).

Es decir que desde la perspectiva biomédica clínica y salubrista, el consumo de alcohol puede generar dependencia; de hecho, a partir de los años 60 el término 'alcoholdependiente' fue reemplazando al de alcohólico. Si bien en términos bioquímicos y biomédicos hay diferencias entre el alcohol y otras drogas adictivas, debemos subrayar que a partir de los años 50 y sobre todo, de los 60, la biomedicina consideró que todas esas drogas –incluido el alcohol– generan dependencias. Esta es una propuesta que surge básicamente de los clínicos británicos y norteamericanos, pero que fue refrendada por los estudios epidemiológicos que a partir de los años 60 y 70 utilizaron criterios de frecuencia y cantidad para establecer porcentaje de bebedores patológicos y no patológicos, incluyendo bebedores dependientes. Debemos subrayar que en la mayoría de los países de América Latina en los cuales se aplica este tipo de encuestas, el alcohol y el tabaco siguen constituyendo no sólo las sustancias de mayor consumo; el alcohol sigue evidenciando mayor número de sujetos dependientes, por lo menos en términos epidemiológicos, tal como lo evidencian las diversas encuestas epidemiológicas realizadas en México a nivel nacional sobre alcohol, drogas y medicamentos entre 1990 y 1998. Más aún, durante varios años de las décadas del 80 y del 90, el síndrome de dependencia alcohólica estuvo entre las primeras 20 causas de muerte en México, lo que no ocurre con ninguna otra droga.

Pese a este reconocimiento médico clínico y epidemiológico, el conjunto de las drogas consideradas como generadoras de dependencia son ilegales, excepto el alcohol y el tabaco. La cuestión que estamos proponiendo no refiere por lo tanto a si el alcohol, la marihuana o la cocaína son o no sustancias adictivas y/o si generan daños a la salud según las ciencias médicas, pues ello aparece explícitamente reconocido por la biomedicina. El problema es por qué, a partir de los mismos criterios médicos, determinadas sustancias son consideradas ilegales y otras no por parte del Estado y del sector Salud, dado que los principales criterios para determinar la ilegalidad y prohibición son biomédicos. La no inclusión del alcohol y hasta ahora del tabaco en la ilegalidad otorga un estatus muy especial a estas sustancias, ya que mientras la prohibición de las otras drogas se basa en criterios médicos, la legalidad del alcohol y del tabaco no está fundamentada en ellos. De continuar el proceso actual, la excepcionalidad de las

bebidas alcohólicas se hará aún más notoria dado que todo indica –utilizando una vez más criterios médicos– que entramos en una etapa en que el consumo, y en menor medida la producción de tabaco, tienden a ser ilegalizados por lo menos en algunos países.

Antes de continuar con nuestro análisis, queremos señalar expresamente que estamos en contra de la ilegalización y prohibición de sustancias que generarían supuestamente dependencia, por varias razones, entre las cuales destacamos tres. La primera, porque es muy difícil y para algunos especialistas imposible, establecer una delimitación precisa respecto de cuándo el consumo de una sustancia debe ser prohibido o regulado dada su nocividad para la salud de la población. No cabe duda de que el consumo de azúcar afecta la salud de los diabéticos, de modo que si éstos no dejan de consumirla, aceleran su proceso de enfermedad, discapacidad y muerte; y estamos hablando de uno de los padecimientos que incrementa su tasa de mortalidad en la región convirtiéndose en una de las primeras causas de muerte a nivel general, especialmente en mujeres (OPS, 1998; Secretaría de Salud, 2001).Si aplicamos algunos de los criterios a través de los cuales las drogas son declaradas ilegales, tendríamos que prohibir el consumo de azúcar o, por lo menos, regular su producción, adquisición y consumo. Y lo mismo debería ocurrir respecto de las carnes rojas, de los pescados ahumados o de determinados productos lácteos. Entonces, ¿por qué sustancias que dañan la salud y constituyen factores de riesgo para algunas de las primeras causas de mortalidad, no solo no son declaradas ilegales sino que no se impulsan medidas de control ni restricción, excepto recomendaciones médicas en términos clínicos y preventivos?

La segunda razón refiere a cuáles serían los criterios biomédicos para establecer el control, prohibición o permisividad del consumo de una sustancia, se llame carnes rojas, alcohol o marihuana. Mientras en el caso de las carnes rojas los criterios aplicados a cada paciente serán clínicos y propuestas preventivas de alto nivel de generalidad referidas a los grupos de riesgo, en el caso del alcohol, también serán criterios clínicos y epidemiológicos los que se apliquen a nivel individual y colectivo. Pero en ambos casos, no se establecería prohibición ni control de la producción y el consumo, ni siquiera respecto de los sujetos diagnosticados como enfermos e incluso dependientes, como ocurre en el caso del alcoholismo.

Por su parte, en el caso de la marihuana no se aplica ninguno de los criterios anteriores, sino que se decide su ilegalidad a partir de considerar que es una sustancia que genera dependencia y ello pese a ser una droga muy blanda en términos de morbimortalidad comparada no sólo con el alcohol sino también con las carnes rojas. Podría argumentarse que en términos biomédicos las carnes rojas no generan dependencia y la marihuana sí; lo que implicaría reconocer que, según los mismos criterios biomédicos, el alcohol también puede generar dependencia y sin embargo no es declarado ilegal. Más aún, desde el sector Salud se proponen medidas para el caso del alcohol que establecen un consumo considerado nocivo pero también indicadores de consumo moderado e inclusive sano, mientras que en el caso de la marihuana todo consumo –salvo en unos pocos países– es considerado nocivo, aún teniendo consecuencias en términos de morbilidad pero sobre todo de mortalidad mucho menores que el consumo de alcohol dependiente y no dependiente.

La tercera razón refiere a la categoría 'dependencia', que integra una compleja articulación de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales que han sido aplicados cada vez con mayor frecuencia a una gran cantidad de sustancias, productos y sujetos. Esto ha dado lugar a una verdadera 'explosión' de 'dependencias' por la cual casi cualquier proceso puede llegar a generarla (dependencia del sexo, dependencia del juego, dependencia de Internet, dependencia del trabajo, etcétera), de modo que la dependencia deviene un concepto de muy difícil precisión, cuyos indicadores refieren casi indefectiblemente a criterios sociales, dando lugar a una utilización aparentemente arbitraria de esta categoría, ya que según diversos autores favorecería su utilización en términos de control social e ideológico.

Esta definición y su uso se complican si asumimos que por lo menos parte de las dependencias –biológica, psicológica, social y cultural– involucran procesos no sólo frecuentes y normalizados socialmente, sino también necesarios para el desarrollo psicológico y social de sujetos y grupos. Y evidencia, además, que la dependencia de una droga es decisiva para la posibilidad de supervivencia de ciertos enfermos, por ejemplo diabéticos que se convierten necesariamente en insulinodependientes o que la dependencia en la relación padres-hijos constituye un proceso necesario para el desarrollo y maduración del niño. Pero estos, son aspectos que no vamos a desarrollar, pese a ser decisivos para la discusión de determinados aspectos centrales de la adicción y de la dependencia.

De aplicar técnicamente los criterios biomédicos de dependencia y/o de consecuencias para la salud –tanto en términos clínicos como epidemiológicos–, toda una serie de sustancias y productos deberían ser considerados ilegales o por lo menos deberían ser controlados, como lo acabamos de observar. En cierta medida, esto los convertiría en fármacos a ser recetados y controlados exclusivamente por el sector Salud, como de hecho ocurre con las sustancias alternativas al consumo de drogas ilegales en ciertos países, y cuyo modelo es la methadona respecto de la heroína. O como ocurre con la marihuana en la medida en que sea recetada por médicos para determinados padecimientos (Grup Igia, 2000; O'Hare, 1995).

Lo que estamos señalando puede parecer absurdo o arbitrario, ya que es evidente la contradicción en la que cae especialmente el sector Salud cuando utiliza los mismos criterios biomédicos –"genera dependencia"– para considerar simultáneamente determinadas sustancias como legales y otras como ilegales. Esta distinción surge como resultado de la aplicación de dichos criterios a ciertas sustancias, que por eso pasan a convertirse en 'drogas', mientras que a otras, como es el caso del alcohol, no se le aplican, aun cuando se reconoce que en términos médicos, ambas pueden generar adicción.

Más allá de que estemos de acuerdo con los criterios biomédicos de 'dependencia' –fuertemente cuestionados desde la década del 60 (Conrad y Schneider, 1980; Douglas, 1970; Edward & Arif, 1981; Menéndez, 1990)–, reconocemos que a nivel teórico la investigación y el trabajo biomédicos son coherentes consigo mismos al señalar en todas en estas sustancias componentes adictivos que pueden afectar la salud de sujetos y grupos.

La contradicción opera a nivel del sector Salud y de sus instituciones específicas –en el caso de México, el Conadic (Consejo Nacional contra las Adicciones)– ya que a partir de estos criterios biomédicos se acepta la existencia de criterios de legalidad/ilegalidad diferenciales. Por lo tanto es el tipo de orientación –política e ideológica– que se da a los criterios técnicos, lo que determina la legalidad o la prohibición de estas sustancias y no los criterios biomédicos en sí.

A partir de nuestro análisis, cuando observamos que la ilegalidad y la prohibición de determinadas sustancias no han reducido su producción y consumo y que, por el contrario, se han incrementado las consecuencias negativas de por lo menos algunas de estas drogas, debemos considerar que la arbitrariedad o lo absurdo dejan de serlo para remitir a otra lógica política y social. El desarrollo del narcotráfico y sus consecuencias sobre la mortalidad por homicidios están directamente relacionados con la ilegalización de la producción y el consumo de drogas, los cuales sabemos que inevitablemente se desarrollarán, como ocurrió con la prohibición de la producción y consumo de bebidas alcohólicas en la década del 20 y no sólo en los EE.UU. En ese país, especialmente, tuvieron lugar la criminalización de la producción y venta del consumo de alcohol, un incremento de la corrupción del aparato jurídico y policial y el desarrollo de la producción y consumo de bebidas adulteradas, clandestinas y contrabandeadas.

Pero además, las políticas prohibicionistas agudizaron ciertos procesos de desigualdad social y sobre todo de estigmatización, dado que la criminalización y corrupción operaron especialmente en los estratos sociales subalternos. De manera que la mayoría de las personas que mueren o son detenidas por delitos contra la salud son generalmente jóvenes pertenecientes a dichos estratos sociales. La criminalización, la corrupción y la violencia organizadas en los años 20 en torno al alcohol y en las últimas décadas en torno a las drogas ilegales, referirán en la imagen pública cada vez más a determinados sectores subalternos contribuyendo a incrementar la estigmatización hacia los mismos, ya que los sectores más marginados aparecen como los encargados del tráfico y consumo más violento. Pero no sólo contribuye a la estigmatización de dichos grupos, sino que favorece aún más los procesos de desigualdad social sobre todo en los contextos dominados por la extrema pobreza (Di Pardo & Menéndez, 2001a, 2001b; Massé, 1995, Menéndez & Di Pardo, 2001, 2002).

La legalización de la producción y el consumo de las drogas consideradas ilícitas en la actualidad, igual que la legalización de la producción y el consumo de alcohol en la década del 30, posibilitaría la reducción notoria de la mayoría de los procesos señalados. Esto no impide asumir sin embargo, que dicha legalización no sólo no elimina todas las consecuencias negativas, sino que incluso puede incrementar algunas, comenzando por la producción y el consumo legal de dichas sustancias. En el caso del alcohol, se incrementó la mortalidad por cirrosis hepática luego de que EE.UU. y varios países europeos eliminaran las leyes prohibitivas o semiprohibitivas con respecto a la producción y el consumo de dicha sustancia. Esta situación debe ser asumida y debe ser balanceada no sólo para no crear falsas expectativas de algo así como la erradicación absoluta y definitiva de las consecuencias negativas, sino, sobre todo, para asumir dichos consumos como procesos sociales cotidianos que pueden llegar a tener

ciertos efectos negativos para la salud de individuos y grupos, pero que siempre serán mucho menores que los generados por la ilegalización y prohibición, como está claramente evidenciado a través de lo ocurrido con la prohibición y ulterior legalización de las bebidas alcohólicas.

De Silencios Biomédicos y de Negaciones Genéricas

Si bien una parte de la biomedicina e inclusive del sector Salud en México reconoce algunos de los aspectos señalados, la mayoría de los especialistas y particularmente las autoridades sanitarias tienden a desconocer y/o convalidar el estatus diferencial actual respecto de las drogas y el alcohol. El primer aspecto por señalar es que, más allá de que haya personal de salud y grupos organizados que cuestionan la ilegalidad de las drogas consideradas adictivas, la mayoría de las corporaciones médicas y el sector Salud convalidan su ilegalización y la legalización de las bebidas alcohólicas, pese a que como observamos, contradicen las definiciones biomédicas (clínicas y epidemiológicas) de ambos tipos de sustancias.

En la práctica, la actitud de los funcionarios del sector Salud y el silencio de los especialistas en la mayoría de los países de la región convalidan las decisiones políticas sobre la prohibición/legalidad diferenciales sin que las autoridades técnicas del sector discutan dichas decisiones políticas, bien por el contrario validándolas. Junto a éste, el segundo hecho relevante por destacar es que la problemática del consumo de alcohol es propuesta básicamente como un problema de salud mental y no como lo que realmente es: un problema de salud mental y física caracterizado por sus graves y frecuentes consecuencias en términos de mortalidad.

Pero debemos aclarar que el alcoholismo en términos de salud mental también tiende a ser relegado, ocultado o directamente banalizado por parte del sector Salud, que no sólo no invierte recursos en esta dimensión del proceso salud/enfermedad/atención, sino que su escasa inversión contrasta brutalmente –y usamos esta palabra expresamente– con los recursos que el Estado invierte, por ejemplo en el caso de México, en la lucha contra el narcotráfico. En esta orientación, como sabemos, el modelo es EE.UU. país que invierte el 93% de los recursos destinados a las adicciones en actividades de represión y control. Pero esta relegación no sólo se da en la práctica, sino también desde el discurso del sector Salud que en general cuando habla de 'dependencias', adicciones y sus consecuencias, sólo habla de drogas ilegales, connotándolas constantemente como el enemigo por erradicar, excluyendo el alcohol de su discurso.

Otro aspecto que evidencia la secundarización del papel del consumo de alcohol, es su omisión como medio que posibilita las relaciones sexuales sin protección. El consumo, asociado o no a otras sustancias, posibilitaría, sobre todo en ciertos contextos juveniles, las relaciones sexuales más o menos espontáneas sin protección. Esta posibilidad no es incluida o sólo es considerada en forma secundaria en las campañas preventivas y casi no ha sido objeto de investigaciones específicas en la mayoría de nuestros países. Debemos subrayar que este proce-

so afecta tanto a las relaciones heterosexuales como a las homosexuales y también a los diferentes grupos etarios (Bolton & Singer, 1992, Bolton et al., 1992; Lara, 2003; Menéndez & Di Pardo, 2001, 2002).

Algunos especialistas han señalado que parte de estas negaciones, exclusiones y olvidos obedece a presiones de tipo económico e incluso político, lo que se puede observar a través de los propios testimonios médicos (Menéndez & Di Pardo, 1996, 2002) pero también de lo ocurrido a principios de la década del 80 con el Informe sobre producción y consumo de alcohol realizado por la OMS, y a nivel regional, por la UNCTAD (Conferencia de las Naciones Unidas sobre Consumo y Desarrollo) como expresión paradigmática. Este estudio nunca fue publicado por la presión de la industria alcoholera sobre los gobiernos respectivos para que la OMS no sacara a relucir datos que evidenciaban no sólo un incremento sostenido de la producción, consumo y consecuencias negativas de las bebidas alcohólicas en todos los contextos descriptos y analizados, sino su papel en la emergencia de consecuencias negativas para la salud en contextos donde antes de la década del 50 no se registraba este tipo de problemas sanitarios.

Sin embargo, consideramos que no sólo la presión de la industria alcoholera opera en el sentido de la omisión de información sobre producción, consumo y consecuencias de la ingesta de bebidas alcohólicas, también contribuyen a su secundarización, grupos y sectores sociales de muy diferente índole, entre los que incluimos la tendencia biomédica a no tratar este tipo de problemas y a excluir al sujeto que atraviesa dificultades con el alcohol de los tres niveles de atención, tal como lo hemos demostrado para el caso de México, pero que constituye una tendencia biomédica generalizada (Menéndez & Di Pardo, 1996, 2002). En este trabajo no vamos a desarrollar este aspecto que venimos estudiando desde principios de los 80 y al que consideramos uno de los principales factores que inciden en este proceso de secundarización y exclusión de la cuestión alcohólica.

No sólo la biomedicina contribuye en forma notoria a este proceso, podemos afirmar con bastante seguridad que también lo hacen las ciencias sociales y antropológicas, por lo menos en la región. Hemos realizado una búsqueda intensa de bibliografía sobre esta problemática que dio lugar a varios aportes sistemáticos a nivel latinoamericano, de los cuales hasta ahora sólo se publicó un texto referido a la producción generada entre 1930 y 1979 para América Latina (Menéndez, 1988c).

Esta omisión o secundarización se observa en muy diversos campos (estudios sobre grupos étnicos, salud de los trabajadores, culturas juveniles, etcétera), pero se detecta particularmente en los estudios de género dedicados a la salud y especialmente a la salud reproductiva, que prácticamente excluyen el consumo de alcohol de sus investigaciones y reflexiones e incluso de sus acciones en el caso de los grupos vinculados a la acción como lo hemos demostrado en un reciente estudio aún no publicado (Di Pardo & Menéndez, 2003; ver también Gómez, 1993, Langer & Tolbert, 1996). Este proceso es particularmente interesante en el caso de los

estudios de género masculino que si bien tienen escaso desarrollo en la región, se caracterizan –salvo excepciones– por no describir ni analizar el rol del consumo y uso de alcohol en relación a las consecuencias para la salud, esperanza y calidad de vida, ni tampoco en lo que respecta a la identidad de género.

Pero en el caso de los estudios de género femenino, que constituyen la inmensa mayoría de los estudios de género en la región y además dedican a la salud una parte significativa, observamos que también excluyen la temática del alcohol. Esto resulta sumamente interesante dado que toda una serie de aspectos relacionados con el consumo de alcohol estaría afectando la salud de la mujer, tales son el incremento del consumo de bebidas alcohólicas y de la mortalidad por cirrosis hepática, el desarrollo de síndromes de alcoholismo fetal en los hijos y sobre todo el desarrollo de una multiplicidad de violencias en las cuales el alcohol está presente, especialmente en las violencias intrafamiliares que, como sabemos, aparecen como uno de los rubros más reconocidos por este tipo de estudios (Di Pardo & Menéndez, 2002).

Las Políticas Actuales

El hecho de que en la mayoría de los países latinoamericanos no existan programas específicos y se realicen escasas actividades no quiere decir que no haya políticas antialcohólicas. Desde una perspectiva sintética podemos señalar que existen cinco orientaciones principales respecto de las adicciones, incluido el alcoholismo.

Para el conjunto de las drogas consideradas adictivas, con excepción del alcohol y del tabaco, la política establecida es la de la ilegalidad lisa y llana, por lo menos en términos formales. No vamos a analizar lo que ocurre en la práctica con estas prohibiciones, el único aspecto por subrayar es la ineficacia de esta política para reducir la producción, el consumo y la mayoría de las consecuencias negativas.

En el caso del consumo de alcohol y tabaco, pero sobre todo respecto del primero, se aplican medidas que, en términos formales, pretenden reducir la accesibilidad y la disponibilidad de las bebidas alcohólicas. No se proponen restricciones respecto de la producción y distribución de bebidas, sólo sobre su venta y consumo. Éstas afectan a horarios, edades, puntos de venta y actividades similares en el intento de limitar el consumo de la población en general y sobre todo de ciertos grupos considerados de riesgo. Los códigos sanitarios establecen medidas y controles sobre la publicidad de las bebidas alcohólicas con objetivos similares. Existe además, la prohibición de producir y vender bebidas adulteradas, falsificadas o pirateadas, pero estas medidas son inoperantes, tal como ocurre en el caso de la accesibilidad y la disponibilidad. En la mayoría de los países de la región sigue produciéndose y vendiéndose alcohol clandestino y no clandestino a diferentes horas sin que se obstaculice realmente la accesibilidad y la disponibilidad de las bebidas alcohólicas.

Las medidas señaladas tendrían por objetivo no prohibir la producción y el consumo, sino promover o por lo menos favorecer un consumo moderado de bebidas alcohólicas. La moderación aparece como la principal alternativa a la prohibición en términos de política sanitaria, propiciada no sólo por el sector Salud sino por una parte de la industria alcoholera.

Esta propuesta está basada en parte en lo que se denomina el 'modelo sociocultural de consumo' que, más allá de generar moderación, posibilitaría un consumo integrado socialmente que reduciría una parte de sus consecuencias. Hoy sabemos que, generalmente, lo que promueve es un consumo más bien excesivo; los países con mayor consumo integrado son los que tienen mayor consumo *per capita* de bebidas alcohólicas y si bien se observa la limitación o reducción de determinadas consecuencias, no pueden evitar o reducir otras.

En términos técnicos una de las principales cuestiones radica en precisar qué es lo se considera 'consumo moderado', dado que el volumen y la frecuencia son muy difíciles de establecer en términos de criterios biomédicos y constituyen aproximaciones con alto grado de arbitrariedad, máxime, cuando se sabe clínicamente que un consumo excesivo no se traduce necesariamente en dependencia ni en otros tipos de consecuencias –por lo menos en ciertos contextos nacionales y culturales–, mientras que el consumo denominado 'moderado' suele estar relacionado con determinados problemas, lo que dio lugar a que durante la década del 70 y 80 se acuñara y aplicara el concepto de 'bebedor problema', quien constituía uno de los principales sectores de riesgo. Pero el verdadero problema consiste en establecer indicadores para detectar y diagnosticar en forma temprana y oportuna a este tipo de bebedor, lo cual hasta ahora ha sido imposible y tememos que continuará siendo así.

La cuarta política tiene por objetivo central la abstinencia, relacionada en gran medida con las concepciones prohibicionistas, aunque actualmente algunos sectores que la promueven se están alejando cada vez más de estas propuestas. Esta política fue planteada explícitamente para los bebedores dependientes o para aquellos que presentan problemas graves en sus relaciones con el alcohol; no se postula para la población general, sino para grupos específicos y ha sido impulsada en forma constante por los grupos de Alcohólicos Anónimos y otros grupos de autoayuda. En este sentido, hay dos aspectos importantes a destacar: por una parte, la expansión sostenida de los grupos de AA en la mayoría de los países de la región, y por otra, la articulación explicita o implícita que se ha dado entre esos grupos y el sector Salud, tanto en las instituciones oficiales como en las privadas, en las cuales el programa de los 12 pasos aparece cada vez más incluido en el modelo de atención médica aplicado al alcoholismo y también en forma creciente al conjunto de las adicciones.

La propuesta de estos grupos está basada en la abstinencia, pero su propio desarrollo dio lugar a grupos de autoayuda que proponen como variante la sobriedad. Por otra parte, la articulación con la biomedicina ha posibilitado una serie de posibilidades que también oscilan entre la sobriedad y la abstinencia (Madrigal, 1986; Menéndez ,1990; Menéndez & Di Pardo, 1996, 2002; Moser, 1974; Secretaría de Salud, 1986a, 1986b; Tapia, 1994).

Una última política construida en varios países europeos a partir de los años 70 y especialmente desarrollada a través de ciertas adicciones –en particular la heroína–, es la denominada 'Política de reducción de daños o de riesgo', que hasta donde sabemos ha tenido escaso desarrollo en la región. El punto de partida de esta política es el rechazo a la ilegalidad y prohibición por razones de tipo médico, psicológico, social e ideológico y, especialmente, porque las políticas prohibicionistas incrementan la morbimortalidad por consumo de drogas. Esta propuesta sostiene además, que toda una serie de personas, posiblemente la mayoría de los consumidores, no acepta la abstinencia y en muchas situaciones tampoco la sobriedad, rechazando por lo tanto el tipo de propuestas basadas en dichos criterios. Otra razón decisiva es que toda una serie de sujetos y grupos han aprendido a consumir sustancias con un mínimo de daño hacia sí mismo y hacia los otros, de manera que constituiría la estrategia más eficaz para reducir la mortalidad asociada al uso de drogas inyectables. Es una estrategia que se centra en la reducción de las consecuencias y no en la reducción del consumo (Grup Igia, 2000, 2001; Menéndez & Di Pardo, 2002; O'Hare et al., 1995; Wodak, 2001).

A partir de éstos y de otros aspectos se promovió esta política en varios países europeos (España, Holanda, Inglaterra, Suiza) y en Australia, en gran medida a través de las acciones de grupos de la sociedad civil. También se realizaron acciones en América Latina, pero referidas casi exclusivamente al ámbito de las drogas ilícitas, siendo Brasil el país líder y el que ha desarrollado más acciones a través de la estrategia de reducción de daños. Pero debemos subrayar su escasa o nula aplicación al alcohol. Más aún, en las reuniones nacionales e internacionales promovidas a través de este enfoque, el alcoholismo suele estar ausente o escasamente tratado en las discusiones, sobre todo en la descripción de las estrategias aplicadas para la reducción de los daños, las cuales se centran en las drogas inyectables. Después de más de 20 años de existencia de esta tendencia, es preocupante que las mismas no hayan desarrollado casi actividades en torno al alcoholismo y al consumo de alcohol.

Según algunos especialistas latinoamericanos, la propuesta de reducción de daños presenta aspectos muy similares a los del modelo sociocultural, que ha demostrado justamente limitaciones en la reducción de daños por consumo de alcohol. No obstante, consideramos que constituye la propuesta más auspiciosa basada en dos criterios que para nosotros son fundamentales; por una parte, el aprendizaje individual y sobre todo grupal de las posibilidades no sólo de conocer, sino también de aplicar dicho control sobre el consumo y las consecuencias del consumo de una sustancia determinada, con el objetivo de reducir sus riesgos. Y por otra parte su oposición a la lucha contra las adicciones basada en la represión.

El apoyo a esta orientación es decisivo dada la vigencia de legislaciones represivas referidas al consumidor de drogas en América Latina y también porque existe una tendencia constante en la biomedicina a impulsar actividades que incluyen la reducción de las consecuencias pero basada en la reducción de la oferta y la demanda, de tal manera que hay actualmente definiciones de reducción de daños en las cuales el acento ya no está colocado en la reducción de las consecuencias. Como señala Wodak (2001:28) "este enfoque de reducción de daños es

muy común en la medicina clínica y en la salud pública", lo cual es parte del constante proceso de apropiación y resignificación de conceptos y de estrategias por parte del modelo médico hegemónico que lleva generalmente a reorientar el sentido de gran parte de las propuestas denominadas 'alternativas' (Menéndez, 2002).

La posibilidad de impulsar este enfoque incluyendo al alcohol es muy importante, ya que todo indica que el consumo problemático y excesivo de la mayoría de las drogas se da durante un período determinado –especialmente durante la adolescencia– para luego estabilizarse e incluso abandonarse paulatinamente. Así, se reduce sustancialmente el consumo o se aprende a consumir con escaso riesgo, lo cual crea la posibilidad de actuar sobre uno de los sectores en los cuales se observan crecientes consecuencias negativas: el de los jóvenes. Debemos reconocer que es difícil que una parte de la población consumidora, sobre todo en función de determinados procesos individuales y en determinadas circunstancias, pueda aplicar dicho control de riesgos. Sin embargo, que siga consumiendo en términos sumamente negativos para él y para los sujetos con los cuales entra en relación, no justifica la aplicación unilateral de estrategias prohibitivas.

Hemos intentado proponer una síntesis de las principales políticas, aunque asumimos que las mismas están señaladas en un nivel formal, dado que un análisis de las prácticas derivadas implicaría una descripción y análisis de lo que realmente se hace respecto del alcoholismo más allá de las propuestas formales, de los programas escritos y de los códigos sanitarios establecidos.

Algunos Éxitos y Varias Realidades

En lo que respecta al consumo de alcohol y sus consecuencias, la mayor eficacia obtenida en algunos países refiere a la prevención de accidentes de automóvil (cinturón de seguridad, *air bags*, control real de la velocidad en carreteras), y a la inclusión de grupos de autoayuda como parte central o incluso única del tratamiento antialcohólico. Desde la perspectiva de la sociedad civil, el instrumento más eficaz lo constituyen justamente esos grupos de autoayuda, aun cuando su eficacia sólo opere respecto de un determinado perfil de sujetos.

En ciertos contextos existen instrumentos que han evidenciado eficacia aunque sea parcial, pero que no han sido impulsados por el sector Salud y si bien existen algunas experiencias puntuales en varios países de América Latina, no operan como políticas generalizadas. Así, el uso de curanderos, brujos, herbolarios, juramentos a la virgen, promesas a santos, todo esto ha evidenciado algún tipo de eficacia. También debe ser considerado el proceso de conversión religiosa a las diferentes variedades del protestantismo y de las formas denominadas sectas, ya que la mayoría de ellas sostiene concepciones y realiza acciones antialcohólicas, frecuentemente como parte central de sus actividades (Menéndez, 1988, 1990; Menéndez & Di Pardo, 1996, 2002; OPS, 1993; Trotter & Chavira, 1981).

Una de las estrategias preventivas más difundidas, es la de utilizar la prescripción médica o el uso de medicinas como una excusa que posibilita evitar la presión de consumir bebidas

alcohólicas; esto se dio inicialmente a través de los antibióticos pero se han ido integrando otros fármacos para cumplir la misma función. Los conjuntos sociales, tal como lo hemos analizado en varios trabajos, tienden a utilizar en forma autónoma las prácticas generadas por la biomedicina. Así ocurrió en el pasado con sustancias aversivas como el disulfirán y comienza a ocurrir con nuevas drogas aversivas que se publicitan incluso por Internet.

Pero en términos generales podemos concluir que el consumo de alcohol se caracteriza por la falta de atención médica específica en los tres niveles de atención, por el escaso desarrollo de políticas preventivas y por el incremento –o por lo menos mantenimiento– de la mayoría de sus consecuencias negativas. La escasez de recursos aplicados contrasta con el peso que las consecuencias del consumo de bebidas alcohólicas tienen sobre el perfil de la morbimortalidad dominante en la mayoría de los países de la región.

Después de años de analizar esta problemática consideramos que el sector Salud de la mayoría de nuestros países ha decidido en los hechos no invertir en atención y prevención de las consecuencias generadas en la salud individual y colectiva por el consumo de bebidas alcohólicas. Así, ha dejado el problema en manos de la sociedad civil, la cual sólo puede atender y solucionar una pequeña parte de las dificultades generadas por dicho consumo. Las tendencias económico-políticas e ideológicas dominantes en las dos últimas décadas han favorecido aún más este proceso, ya que en el caso del alcoholismo, el Estado encuentra que la sociedad civil ha ido constituyendo una red de apoyo a partir de ella misma, de sus propios recursos, lo cual no sucede para ningún otro padecimiento con la organicidad y continuidad con que se da en el caso del alcoholismo a través de Alcohólicos Anónimos, Alanon, Alteen y de otros grupos de autoayuda, por lo menos en ciertos países de la región. Más aún, su estrategia, basada en recursos propios, se ha extendido a otros padecimientos mentales y físicos y es señalada como un modelo a seguir.

Varios autores han cuestionado esta tendencia que facilitaría que el sector Salud no se haga cargo de problemas prioritarios; pero otros, en cambio, concluyeron que esta conciliación entre propuestas políticas neoliberales y grupos de autoayuda no debe ser interpretada unilateralmente sino en términos de un proceso que no necesariamente supone conciliación de intereses. Inclusive para algunas tendencias, estos grupos de autoayuda constituyen núcleos potenciales de organizaciones que pueden oponerse desde lo local a los proyectos neoliberales. Estas ideas que se vienen desarrollando desde la década de los 70 (Menéndez, 1998) se contraponen a las que ven en esos grupos algo así como los legitimadores locales de las orientaciones neoliberales en salud. Para nosotros, el problema es más complejo que los planteos maniqueos con que estos procesos suelen ser analizados y para dilucidarlos debemos realizar estudios de este tipo de posibilidades a través de situaciones y de grupos específicos.

Lo que sí nos interesa subrayar es que la sociedad civil no sólo ha dado lugar al desarrollo de los grupos de AA, sino también a otros grupos y estrategias de acción que han tenido algún tipo de éxito limitado en términos asistenciales y preventivos, y que en su mayoría han sido

mantenidos al margen del sector Salud. Esto amerita la búsqueda de este tipo de estrategias en los diferentes contextos, su análisis y la observación de la potencialidad de las mismas.

Pero además, el consumo de alcohol y las relaciones organizadas en torno al él –o por lo menos aquéllas de las que el alcohol forma parte casi inevitable–, nos conducen a proponer la necesidad de investigar a fondo el papel del alcohol en toda una serie de procesos, especialmente los vinculados a los diferentes tipos de violencia, para determinar cuántos de dichos procesos se vinculan realmente a los usos individuales y colectivos del alcohol, no sólo para encontrar propuestas específicas de acción sino para poder explicar algunas de las estructuras ideológicas y políticas que posibilitan el desarrollo de consecuencias graves –no sólo en términos de salud–, especialmente en los estratos subalternos. Es desde esta perspectiva que en el consumo de las bebidas alcohólicas, en los usos del alcohol y en el alcoholismo continuamos observando posibilidades que van más allá de los procesos manifiestos analizados.

Referencias Bibliográficas

BOLTON, R. & SINGER, M. *Rethinking Aids Prevention Cultural Approachs*. New York: Gordon & Breach Science Publishers, 1992.

BOLTON, R. et al. Alcohol and risk sex: in search of an exclusive connection. *Medical Anthropology*, 14(2):323-63, 1992.

CAVANAGH, J. & CLAIRMONTE, F. Alcoholic Beverages: dimensions of corporate power. London: Croom-Helm, 1985.

CONRAD, P. & SCHNEIDER, J. *Deviance and Medicalization: from badness to sickness*. St. Louis: The C. V. Mosby, 1980.

COSTAMAGNA, M. *Les Femmes et l'Alccol*. Paris: Donoel, 1981.

DAJER, F. et al. Consideraciones sobre la epidemiología de la cirrosis hepática alcohólica en México. *Revista de Investigación Clínica*, 30:13-22, 1978.

DI PARDO, R. B. & MENÉNDEZ, E. L. Alcohol y factores de vulnerabilidad: aspectos socio-culturales. In: GRUP IGIA et al. *Gestionando las Drogas*. Barcelona: Grup IGIA, 2001a.

DI PARDO, R. B. & MENÉNDEZ, E. L. Normalidad, riesgo y alcoholización ¿Quiénes son realmente los sujetos y grupos vulnerables? *Trabajo Social y Salud*, 39:511-39, 2001b.

DI PARDO, R. B. & MENÉNDEZ, E. L. Los estudios de género y el papel del alcohol en las relaciones entre mujeres y varones. Seminario Permanente de Antropología Médica, México, 2002.

DOUGLAS, J. (Edit.) Deviance & Respectability: the social construction of moral meanings. London: Basi Books Publs., 1970.

EBER, Ch. *Women & Alcohol in a Highland Maya Town*. Austin: University of Texas Press, 1995.

EDWARD, G. & ARIF, A. (Edits.) *Los Problemas de la Droga en el Contexto Sociocultural*. Washington D.C.: OPS, 1981.

ELU DE LEÑERO, M. del C. *Mujer Joven y Salud: cifras comentadas*. México Pronamusa, 1985.

ELU DE LEÑERO, M. del C. *La Salud de la Mujer en México: cifras comentadas*. México: Pronamusa, 1988.

FINKLER, K. *Women in Pain: gender and morbidity in México*. Philadelphia: University of Pensylvania Press, 1994.

GÓMEZ, E. (Edit.) *Género, Mujer y Salud en las Américas*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud Pública, 1993 (Científica, 541)

GRUP IGIA. *Contextos, Sujetos y Drogas: un manual sobre drogodependencia*. Barcelona: FAD, 2000.

GRUP IGIA. *Gestionando las Drogas*. Barcelona: Grup Igia, 2001.

HARTMAN, S. Mortalidad. In: SECRETARÍA DE SALUD. *La Mujer Adolescente, Adulta, Anciana y su Salud.* México, D.F.: SSA, 1992.

LANGER, A. & TOLBERT, K. (Eds.) *Mujer: sexualidad y salud reproductiva.* México: The Population Council/Edamex, 1996.

LARA, R. M. *Padecimiento y Estilo de Vida Estigmatizados: el caso de algunos hombres que tienen sexo con hombres seropositivos de escasos recursos del puerto de Veracruz*, 2003. Tesis de Doctorado, México: Escuela Nacional de Antropología e Historia.

MAC ANDREW, C. & EDGERTON, R. B. *Drunken Comportment: a social explanation.* New York: Aldine, 1969.

MADRIGAL, E. Consideraciones sobre el establecimiento de políticas y directrices en la prevención de los problemas derivados del consumo de bebidas alcohólicas. *Ciencias Sociales*, 34:9-21, 1986.

MASSÉ, R. *Culture et Santé Publique.* Montreal: Gaetan Morin Editeur, 1995.

MEMBRADO, M. L'alcoolisme des femmes: pour une approche renovelé. In@: ZOLOTAREFF, J. P. & CERCLE, A. (Dirs.) *Pour une Alcoologie Plurielle.* Paris: L'Harmatan, 1994.

MENÉNDEZ, E. L. Alcoholismo, grupos étnicos mexicanos y los padecimientos denominados tradicionales. *Nueva Antropología*, 34:55-80, 1988a.

MENÉNDEZ, E. L. *Alcoholismo y Política: los límites socioeconómicos del sector Salud mexicano. 1890-1988.* México, D.F.: s/d, 1988b.

MENÉNDEZ, E. L. (Edit.) *Aportes Metodológicos y Bibliográficos para la Investigación del Proceso de Alcoholización en América Latina.* México: Ediciones de la Casa Chata, 1988c.

MENÉNDEZ, E. L. *Morir de Alcohol: saber y hegemonía médica.* México: Alianza Editorial, 1990.

MENÉNDEZ, E. L. (Edit.) Antropología del alcoholismo en México. Los límites culturales de la economía política, 1930-1979. México: Libros de la Casa Chata, 1991.

MENÉNDEZ, E. L. Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social. *Cuadernos Médico Sociales*, 93:5-22, 1998.

MENÉNDEZ. E. L. & DI PARDO, R. B. Alcoholismo I. Características y funciones del proceso de alcoholización. México: Libros de la Casa Chata, 1981. (Cuaderno 56 de la Casa Chata)

MENÉNDEZ. E. L. & DI PARDO, R. B. *De Algunos Alcoholismos y Algunos Saberes: atención primaria y proceso de alcoholización.* México: Ciesas, 1996 (Otón de Mendizábal).

MENÉNDEZ. E. L. & DI PARDO, R. B. Violencias alcoholizadas y relaciones de género: estereotipos y negaciones. *Cuadernos Médico Sociales*, 79:5-26, 2001.

MENÉNDEZ. E. L. & DI PARDO, R. B. Alcoholismo: segundo y tercer nivel de atención médica (Alcoholismo, especializaciones y desencantos). Informe final de investigación, 2003.

MOSER, J. *Problems and Programs of Alcohol and Drug Dependence in 33 Countries.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1974.

O'HARE, P. A. et al. La reducción de los daños relacionados con las drogas. Barcelona: Grup Igia, 1995.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/CSIH. *Pueblos Indígenas y Salud.* Winnipeg: Taller, 1993.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Las Condiciones de Salud en las Américas.* Washington, D.C.: OPS, 1964, 1966, 1970, 1974, 1978, 1982, 1990, 1998.

SECRETARÍA DE SALUD. *Programa contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas.* México: SSA, 1986a.

SECRETARÍA DE SALUD. *Programa contra la Farmacodependencia.* México: SSA, 1986b.

Secretaría de Salud. Salud México 2001: información para la rendición de cuentas. México: SSA, 2001.

TAPIA, R. (Comp.) *Las Adicciones: dimensión, impacto y perspectivas.* México: Edit. El Manual Moderno, 1994.

TROTTER, R. & CHAVIRA, J. A. *Curanderismo: mexican american folk healing.* Athens, GA: University of Georgia Press, 1981.

WODAK, A. *Cómo Generar el Consenso para el Desarrollo de Estrategias de Reducción de Daños, en Intercambios: Sida y drogas. Reducción de daños en el Cono Sur. Intercambios.* Buenos Aires: Onusida, 2001.

32. DROGAS:

Armas ou Ferramentas?

Eduardo Viana Vargas

O Espectro das Drogas

"Anda um espectro pelo mundo moderno", já se disse certa vez (Marx & Engels, 1987:33). Talvez seja possível dizê-lo novamente, embora nem o espectro nem o mundo sejam mais os mesmos. Quando isso foi dito, o que abismava singularmente era o comunismo; hoje assombram-nos coisas aparentemente tão diversas como a Aids, o racismo, os desastres ecológicos, a xenofobia e, mais em voga atualmente, a SAR e o terrorismo. De fato, seria vão procurar definir qual desses encarnaria melhor o papel de nosso pior pesadelo contemporâneo, mas duvido muito que qualquer levantamento que se faça a respeito deixe de incluir as drogas numa posição de inequívoco destaque.

Efetivamente, ninguém está livre dos efeitos maléficos desse espectro, inclusive porque são impressionantes a quantidade e a variedade de seqüelas reais ou potenciais imputadas aos usos ilícitos de drogas. Diz-se, freqüentemente, que o uso de drogas compromete a vida dos consumidores, ao arruinar sua saúde, suas economias, sua moral, sua inserção social, a vida daqueles que lhe são/estão próximos, ao propagar doenças e comportamento anti-social, e a vida dos coletivos mais amplos, ao pôr em risco os valores morais, a saúde e a ordem públicas, o desenvolvimento econômico e a estabilidade política das nações, entre várias outras coisas. Assim, um interminável rosário de vidas perdidas, lares desfeitos, ruas inseguras, economias arrasadas, serviços públicos sobrecarregados ou inoperantes e governos instáveis ou corruptos é posto na conta do uso ilícito de drogas. Muitas vezes isso é feito com propriedade; em tantas outras, nem tanto. Fato é que, em sociedades em que as relações humanas só foram "desencantadas" até certo ponto pelo dinheiro e pela ciência, as drogas parecem não representar outra coisa senão o "reencantamento do mal", como notara Zaluar (1993). Mal insidioso, responsável por incontáveis tragédias pessoais ou familiares, ruínas econômicas ou morais, dramas políticos ou sociais. Mal contagioso, capaz de penetrar em praticamente todos os cantos, dos mais notórios aos mais recônditos, dos mais expostos aos mais bem guardados.

É desnecessário continuar insistindo nas dimensões alcançadas, no mundo contemporâneo, pelos problemas criados em torno dos usos e dos tráficos de drogas. Lembro apenas que as contabilidades financeiras, políticas e militares envolvidas nos circuitos das drogas crescem na mesma medida alucinante em que crescem as dos corpos arruinados pelo uso ou chacinados pelo envolvimento com o tráfico de drogas. Lembro ainda que é cada vez maior a interferência dos Estados nos circuitos das drogas, bem como a interferência das drogas no circuito dos Estados, num caso sob a forma de pesadas ações de ingerência, inclusive bélicas, nos níveis internacional e/ou nacional (intervenção norte-americana na Bolívia, na Colômbia e no Panamá, por exemplo, ou o golpe de Estado no Peru), desencadeadas em nome do combate a esse flagelo, no outro como corrupção generalizada ou sob a forma mais traiçoeira dos conflitos continuados que chegam a abalar a soberania e os poderes constituídos de lugares tão díspares como a Colômbia, o Afeganistão, o Myanma (ex-Birmânia) ou, cá entre nós, o Rio de Janeiro.

Preocupado com a "global drug menace" (Anann, 1997), o United Nations International Drug Control Programme publicou, em 1997, o *World Drug Report*, documento importante por sua origem,[1] por sua atualidade (embora um segundo *Report* tenha saído em 2000) e pela abrangência no trato do que, nele, foi qualificado como "the late twentieth century malaise" (UNDCP, 1997:45). Reconhecendo que os dados disponíveis a respeito do assunto são bastante problemáticos, devido quer à natureza clandestina do problema em foco, quer às disparidades de consistência, validade, regularidade e abrangência dos dados coletados (UNDCP, 1997), o *Report* oferece um conjunto de estimativas que, entre outras coisas, suportam a afirmativa segundo a qual "no nation, however remote a corner of the globe it occupies, however robust its democracy, is immune to the adverse consequences of drug abuse and trafficking" (UNDCP, 1997:9).

De acordo com o *Report* (UNDCP, 1997), no que diz respeito às principais drogas cuja produção é baseada em vegetais, estima-se que, em 1996, havia 280.000 hectares de terra plantados com *Papaver somniferum* (papoulas de onde se extrai a resina do ópio) e 220.000 hectares plantados com *Erythroxylun coca* (arbusto que serve de base para a produção da coca e de seus derivados), enquanto é particularmente difícil estimar o montante de hectares cultivados com *Cannabis sativa* (arbusto a partir do qual se produzem a maconha e o haxixe), já que ele cresce naturalmente pelo mundo. Da produção de ópio e derivados, acredita-se que 90% estejam concentrados em duas áreas principais, conhecidas como Crescente Dourado (Afeganistão, Irã e Paquistão) e Triângulo Dourado (Laos, Myanma, Tailândia). Além disso, estima-se que foram produzidas, em 1996, cerca de 5.000 toneladas de resina de ópio; dessas, um terço teria sido distribuído como ópio, enquanto os dois terços restantes teriam sido transformados em heroína. Já a produção de coca estaria concentrada quase que exclusivamente no Peru, na Colômbia e na Bolívia. Também em 1996, a produção mundial teria alcançado 300.000 toneladas de folhas de coca, a partir das quais teriam sido

[1] Ao lado da Organização Mundial de Saúde, a ONU é o principal organismo internacional dedicado, entre outras coisas, ao problema das drogas. Destaque-se ainda que "drug control legislation may be unique in that it originated at international level – from a confluence of world power concerns at a given historical moment – and was subsequently promulgated at national level, rather than the converse" (UNDCP, 1997:162).

produzidas ao menos 1.000 toneladas de cocaína. Enquanto isso, produções em larga escala de *Cannabis sativa* teriam sido verificadas ao menos nos Estados Unidos, na África do Sul, no Marrocos, em repúblicas da Ásia Central, no Afeganistão, no Paquistão, na Colômbia, no México e na Jamaica. A produção de drogas sintéticas de uso ilícito (sobretudo as de tipo anfetamina, mas também as alucinógenas e as sedativas) é ainda mais difícil de estimar, tendo em vista a relativa independência de sua produção com relação aos recursos naturais, podendo a maioria ser produzida em pequenos laboratórios de fundo de quintal.

Em 2000, a UNDCP lançou um segundo *World Drug Report*. Este registrou números um pouco menores ou relativamente estáveis para praticamente todos os itens levantados anteriormente, o que animou o diretor executivo do Office for Drug Control and Crime Prevention a abri-lo afirmando que “we must end the psychology of despair that has gripped the minds of a generation and would have us believe that nothing can be done to roll back, let alone stop, the consumption of drugs” (Arlacchi, 2000:1). Apesar disso e num sentido inverso ao da redução ou estabilização dos indicadores de produção e consumo de diversas drogas, o *Report 2000* registrou ainda preocupação com o aumento da potência das drogas em circulação no mercado e com o impressionante crescimento da produção e do consumo de drogas sintéticas de uso ilícito, particularmente dos estimulantes tipo anfetamina e, entre estes, do methylenedioxymethamphetamine (MDMA), hoje vulgarmente conhecido como *ecstasy* (Arlacchi, 2000).

A cadeia de produção e distribuição das drogas de uso ilícito envolve uma infinidade de pessoas oriundas dos segmentos sociais os mais variados e habitantes mais ou menos nômades de diferentes pontos do planeta: camponeses empobrecidos, traficantes sem escrúpulos, banqueiros e executivos gananciosos, milícias clandestinas, policiais e políticos corruptos, olheiros e soldados mirins, ‘mulas’ jovens ou idosas, químicos e pilotos, médicos e advogados, entre outros profissionais dispostos a vender suas *expertises* a quem pagar melhor. Como o registra o próprio *Report*, em torno das drogas foi constituída uma impressionante ‘indústria’:

> the justification for calling illicit drugs an industry is, firstly, that there is a great demand for the product in question, therefore a market for illicit drugs exists, and, secondly; meeting this demand involves an extensive and complex process of production, manufacture, distribution and investment. (UNDCP, 1997:123-124)

Essa ‘indústria’ movimentaria cerca de 400 bilhões de dólares por ano, os quais corresponderiam, aproximadamente, a 8% do comércio internacional, porcentagem superior às verificadas no comércio internacional de ferro, de aço e de veículos automotivos e semelhante à do comércio internacional de produtos têxteis. O *Report* lembra ainda que, “in economic terms [vale dizer, nos termos da economia utilitária ou liberal], drugs are consumer goods, traded in a market place and therefore subject to the laws of supply and demand – albeit in ways which are distinct from non-dependence-producing goods” (UNDCP, 1997:9) e que “there are many

explanations for why people *consume* drugs [embora o cálculo hedonista seja a explicação mais recorrente], but a single word embodies the reason for which they are *sold*: profits" (UNDCP, 1997:123, grifos do autor). Desse ponto de vista, a 'indústria' de drogas de uso ilícito não funcionaria de modo muito diferente das demais 'indústrias', tratando-se, em ambos os casos, de gerenciar riscos e maximizar lucros. O que a 'indústria' de drogas de uso ilícito teria de mais específico, como 'indústria', deriva não exatamente das propriedades materiais ou dos valores de uso das substâncias produzidas e traficadas, mas da própria ilicitude do empreendimento, o que, se a especifica em relação aos empreendimentos lícitos, também a situa como parte de um campo de atividades (as ilícitas ou criminosas) que extrapola em muito aquelas envolvidas na produção e no tráfico de drogas, por mais amplas que elas possam parecer e por mais entremeadas que essas atividades estejam com outras atividades ilícitas. Afirmo, com isso, que boa parte dos problemas decorrentes do tráfico de drogas está relacionada não com as drogas propriamente ditas (que são, a esse respeito, acessórios mais ou menos convenientes para as práticas criminosas), mas com o fato de se tratar de uma atividade criminosa, o que se evidencia desde que consideremos a labilidade dos agentes dessa 'indústria' no que se refere aos seus campos de atuação (tráfico de drogas, mas também contrabando de armas, seqüestros, roubos a banco etc., todos agenciados no mais das vezes pelos mesmos 'traficantes').[2] Como notara o *Report* (UNDCP, 1997:133), "all the licit sector risks apply to the illicit sector as well, effectively doubling the necessity to manage risk, and, as many analysts argue, increasing the margin for profit".

No que diz respeito à demanda (em que, aí sim, o valor de uso das drogas é fundamental) que sustenta tal 'indústria', o *Report* afirma, ainda, que "in recent years, illicit drug consumption has increased throughout the world. Various indicators (...) make clear that consumption has become a truly global phenomenon" (UNDCP, 1997: 29). Estima-se que, nos anos 90, cerca de 8 milhões de pessoas usaram heroína e outros opiáceos ao menos uma vez nos últimos 12 meses, 13 milhões usaram cocaína, mais de 30 milhões usaram substâncias tipo anfetamina, mais de 140 milhões usaram maconha ou haxixe e mais de 225 milhões usaram substâncias sedativas, embora, neste último caso, não fique claro se o uso teria sido ilícito ou medicamentoso (UNDCP, 1997:31). No total, cerca de 4% da população mundial teriam feito uso de alguma droga de uso ilícito nos últimos 12 meses antes da coleta dos dados (UNDCP, 1997:31). Essa porcentagem não deixa de impressionar justamente por não parecer tão impressionante, isto é, por ser uma porcentagem relativamente baixa para um indicador tão amplo.[3] E para o que parece ser um pesadelo tão medonho.

---

[2] *O Report 2000* é inequívoco a esse respeito: "there is evidence that criminal networks, including those operating in the drug trade, can easily be used to engage in other criminal activities as well. By diversifying their activities, such organizations are able to overcome temporary setbacks caused by successful anti-drug operations without losing their capacity to continue operating" (Arlacchi, 2000:13).

[3] Como o indicador utilizado é o da prevalência anual, basta ter usado a droga em questão ao menos uma vez ao longo dos últimos 12 meses para se credenciar a ser, por ele, positivamente indexado. Há, no entanto, enormes diferenças entre uso esporádico e uso rotineiro, ou freqüente, que o indicador não discrimina, embora o *Report* registre reconhecê-las (UNDCP, 1997:45).

As coisas, contudo, nem sempre foram assim. Embora reconheça que "the consumption of drugs has been a fact of life for centuries" (Annan, 1997:5), o *Report* avalia que os usos "tradicionais" de drogas – aqueles tidos por controlados e sancionados socialmente – se degeneraram em "detrimental drug abuse" (UNDCP, 1997:36). Nos termos de Annan (1997:5), "addiction has mushroomed over the last five decades". De todo modo, parece que foi somente com a derrocada do comunismo na ex-URSS e no Leste Europeu, quando a 'guerra fria' deu lugar à 'guerra às drogas', que as drogas passaram a reinar, ao lado da Aids, dos desastres ecológicos, do preconceito xenófobo e do terrorismo, nos domínios dos pesadelos ocidentais.

A Partilha Moral e a Assimetria Analítica

Curioso pesadelo esse das drogas, que parece resultar, ainda que como 'efeito perverso', de certos sonhos desenvolvimentistas em cuja realização o mundo ocidental tem investido há alguns séculos. Como não passara despercebido ao *World Drug Report*, parte expressiva da dimensão contemporânea dos problemas inventariados na conta das drogas está relacionada quer com os desenvolvimentos tecnológicos (e as situações sociais que tornaram tais desenvolvimentos possíveis e necessários) que incrementaram e agilizaram a produção e o intercâmbio de informações e mercadorias através do mundo (UNDCP, 1997), quer com aqueles realizados no campo da farmacologia, já que "the progress in technology, which permitted the use of refined natural products or of purely synthetic substances, marked not only a milestone in medicine, but also a new era of abuse of psychoactive drugs" (Remberg, 1997:38). Daí o contínuo embaraço das políticas oficiais de controle das drogas diante de dois dilemas cuja resolução parece impossível sem que, simultaneamente, se problematizem os termos a partir dos quais eles são postos: esses dilemas dizem respeito, um primeiro, a "two seemingly contradictory aims, namely, trade liberalization and the effective control of illicit drug traffic" (UNDCP, 1997:25), e um segundo à "delicate balance between the prevention of social and personal harm arising from misuse of these substances [as drogas] and ensuring their availability for medical purposes" (Remberg, 1997:43).

Curioso pesadelo esse das drogas, ainda por outros motivos: não só porque dá margem às concepções maniqueístas que fazem a "construção ideológica do viciado e do traficante como agentes do mal" andarem de par com a "demonização da própria droga" (Zaluar, 1994c:242), como também porque não atualizam as mesmas 'trevas', as mesmas situações soturnas, caso se centre o foco no 'traficante' ou no 'viciado'.

É que, do ponto de vista do 'tráfico', as drogas são, por excelência, 'mercadorias', no sentido que Marx (1984a) empresta ao termo: embora usos de substâncias que hoje chamamos drogas sejam amplamente difundidos no tempo e no espaço, como mercadorias, as drogas não existiram desde sempre, mas são o resultado de uma configuração histórica e social específica; ainda como mercadorias, elas contam, sobretudo, por seus 'valores de troca', ficando em se-

gundo plano suas propriedades materiais singulares e os efeitos associados ao seu consumo. O que talvez diferencie as drogas de outras mercadorias cuja produção, distribuição e consumo são considerados atividades lícitas é que, no caso das drogas (como no caso de outras mercadorias ou 'serviços' cuja produção, distribuição ou consumo são atividades criminalizadas), os lucros não são auferidos apenas a partir da forma 'clássica' (capitalista) de exploração da mais-valia, isto é, via abuso do trabalho alheio sob o modo do mais-trabalho não remunerado (Marx, 1984b), mas também a partir do que poderia ser chamado de uma mais-valia "terrorífica" (Perlongher, 1987:2), a qual potencializaria os lucros obtidos pela forma clássica de extração da mais-valia em sociedades como a nossa mediante a exploração da violência agregada ao circuito (ou 'mercado') das drogas.[4]

Por outro lado, da parte do usuário ou do ponto de vista do consumo, as trevas invocadas são, geralmente, de outras ordens: orgânicas ou psíquicas, em vez de econômicas ou sociais. É que nos habituamos a associar o uso ilícito de drogas a uma dupla falta ou fraqueza, física e moral. Assim, enquanto estudos no campo da neurobiologia, apoiados na constatação de que o corpo humano não só possui receptores orgânicos capazes de interagir quimicamente com opiáceos, estimulantes, alucinógenos e canabinóides, como também secreta substâncias similares[5] a essas 'drogas psicotrópicas', especulam sobre a existência de predisposições genéticas para o uso de drogas,[6] psiquiatras e psicólogos em geral e psicanalistas em particular acreditam que o uso de drogas é uma atitude regressiva de uma personalidade mal constituída, mal amadurecida, fixada numa busca narcisista do prazer, uma atitude escapista e infantilizante, por meio da qual se foge das responsabilidades e da realidade do mundo adulto em favor de uma busca obsessiva e ingênua por "orgasmos farmacológicos" (Olievenstein, 1984:68).[7] É, pois, sob o modo do defeito físico e/ou moral, da falha orgânica e/ou psicológica, em suma, é sob as categorias clínico-morais do 'vício' e da 'doença' que o problema do uso ilícito de drogas vem sendo majoritariamente considerado entre nós. Porquanto, não é à toa que os argumentos tidos por científicos usados para pensar o problema do uso contemporâneo de drogas provêm dos discursos terapêuticos (biomédicos ou psicológicos). Assim, se a principal justificativa aventada para a proibição de certas modalidades de uso de drogas deriva dos perigos reais ou potenciais que tais usos por parte dos indivíduos podem causar a outros, não usuários,

> a broader justification might be found in the assumption that the addictive properties of psychoactive drugs are such that individuals who consume them *lose the status of beings governed by reason* – if they are no longer *the best stewards of their own welfare* their behavior challenges the personal autonomy on which rational-actor model rely. To paraphrase this in Kant's terms,

[4] Segundo Zaluar (1994a:241), "o crime organizado desenvolveu-se nos atuais níveis porque tais práticas [uso de drogas] foram proibidas por força da lei, possibilitando níveis inigualáveis de lucros a quem se dispõe a negociar com estes bens". Ou, como na passagem supracitada do *Report*, aos riscos das atividades dos setores lícitos as atividades dos setores ilícitos acrescentam outros, derivados do caráter ilegal dessas atividades, "increasing the margin for profit" (UNDCP, 1997:133).

[5] A endorfina, por exemplo, seria o correspondente 'endógeno', isto é, fabricado pelo próprio corpo humano, da morfina. Veja Ross & Gilman (1987:23), Chast (1995:166-170), Masur & Carlini (1993:35) e UNDCP (1997:46).

[6] "This theory suggests that in the same way as the diabetic is deficient in insulin, there may exist biological or genetic weaknesses which may be compensated for by the administration of specific psychoactive drugs" (UNDCP, 1997:46).

[7] Veja ainda Freud (1981a, 1981b) e UNDCP (1997:47).

> the illicit drug consumer is not a rational agent. It can thus be argued that prohibition is in the interests of the common good because behavior which undermines self-regulation and self-control is potentially a threat to liberal society. (UNDCP, 1997:156, grifos meus)

Cabe destacar, portanto, que o que se teme com as drogas, efetivamente, é o rompimento de um dos princípios cosmológicos que tem servido de fundamento para os modos hegemônicos como a condição de sujeito humano vem sendo concebida e experimentada entre nós, a saber, aquele que postula que a plena condição de sujeito humano deriva da autonomia individual e do controle das condutas. Se o conceito de "civilização (...) expressa a consciência que o Ocidente tem de si mesmo" (Elias, 1994a:23) e se "o processo civilizador constitui uma mudança [não planejada, embora estruturada] na conduta e [nos] sentimentos humanos rumo a uma direção muito específica" (Elias, 1994b:193), vale dizer, a de um crescente controle das condutas, as alheias e as próprias, a percepção de que as drogas constituem uma ameaça diabólica parece, em suma, estar vinculada à idéia de que seu consumo continuado traria efeitos deletérios para o desenvolvimento das sociedades e, com elas, da própria humanidade, na medida em que produziria sujeitos que, ao perderem a vontade própria, perdem também a própria condição de sujeito, ou seja, tornam-se "alienados", "autômatos", "zumbis" (Olievenstein, 1984; Masur & Carlini, 1993).

Ainda que relativamente distintas, essas situações soturnas suscitadas pelas drogas se interpenetram e se amparam reciprocamente, não só porque são arbitrárias as fronteiras entre produção, tráfico e uso,[8] como também porque a 'demonização' contemporânea das drogas – 'demonização' mediante a qual a certas coisas (as drogas) são imputadas certas intencionalidades ('demoníacas'), intencionalidades capazes de destituir a 'autonomia pessoal' do usuário e de fazê-lo evadir-se da 'realidade', comprometendo sua própria condição de sujeito humano, tal como esta é definida entre nós – parece ser a contrapartida lógica e o complemento ontológico da reificação das relações humanas vigentes em sua produção e distribuição, resultante da constituição das drogas como 'mercadorias'.

Para esconjurar os malefícios que associamos às drogas, as alternativas mais amplamente difundidas ao longo do século XX giraram em torno de expedientes preventivos e repressivos e acionaram especialmente padres, médicos e policiais. Entre a prevenção e a repressão, não é difícil perceber, entretanto, que a segunda tem suplantado a primeira como alternativa mais ativada. É que, no contexto histórico de 'guerra contra as drogas', oficialmente decretada como tal nos anos 80, a repressão à produção, ao tráfico e ao uso de drogas alcançou uma escala sem precedentes no mundo moderno (o que não tem impedido, diga-se de passagem, o crescimento do uso e do tráfico de drogas, bem como dos problemas a eles associados). Todavia, destacar a magnitude dos expedientes repressivos, se explicita uma parte do problema, obscurece outras. Um dos principais inconvenientes do destaque dos expedientes repressivos diz respeito à

[8] Cf. a clássica 'Introdução à crítica da economia política', em que Marx (1978) demonstra, entre outras coisas, que produção é imediatamente consumo e, consumo, imediatamente produção.

impressão corrente de que as relações que sociedades como as nossas entretêm com as drogas são, univocamente, de rejeição. Outro inconveniente refere-se ao ofuscamento das fontes sobre as quais os expedientes repressivos (e também os preventivos) buscam se legitimar, a saber, aquelas constituídas pelos saberes biomédicos.

Sustento, no entanto, que é preciso evitar restringir o problema das drogas à dualidade lei/ilegalidade e, conseqüentemente, à polêmica em torno de sua (des)criminalização. Há várias razões para isso. A primeira, e uma das mais fundamentais, é que os inúmeros vínculos entre drogas e criminalidade (e os problemas que daí decorrem) estão na dependência de um fato básico que tem merecido pouca atenção dos cientistas sociais, a saber, do fato de que um número impressionante de pessoas se sujeita às condições mais adversas, freqüentemente colocando em risco a sua vida física e social, no intuito de atualizar, numa rotina que chega às beiras da impertinência, uma prática até certo ponto muito pouco convencional: 'consumir' drogas. Além disso, encarando o problema das drogas do ponto de vista de seu consumo, o que se verifica efetivamente é o oposto do que seríamos levados a imaginar a princípio. Isso porque, longe de um consumo, por assim dizer, 'reprimido' de drogas, o que se observa à nossa volta é que nunca se consumiram tantas drogas, 'de uso ilícito ou não', como nos dias de hoje: não fosse por isso, o alvoroço em torno do problema não seria tamanho. Mais do que isso, sustento que 'nunca se incitou tanto o consumo de drogas', nunca seu uso foi tão prescrito e estimulado como nos tempos atuais.

Se isso não é claro, é porque os expedientes repressivos (como os preventivos) acionados contra o uso de drogas supõem uma 'partilha moral entre usos lícitos e ilícitos de drogas cujos fundamentos cabe problematizar'. Isso porque 'tal partilha moral não é de modo algum evidente'. Ela se baseia numa série de subentendidos que devem ser explicitados, no lugar de serem considerados como dados.

Para que isso se evidencie, 'é preciso se precaver contra a naturalização da distinção entre drogas de uso lícito e de uso ilícito' e reconhecer um fato aparentemente óbvio, mas cujo impacto na discussão do problema das drogas não tem sido muito considerado pelos especialistas, a saber: que drogas não são apenas aquelas substâncias químicas, naturais ou sintetizadas, que produzem algum tipo de alteração psíquica ou corporal e cujo uso, em sociedades como a nossa, é objeto de controle (caso do álcool e do tabaco) ou de repressão (caso das drogas de uso ilícito) por parte do Estado. Mesmo que trivial, é preciso não esquecer que 'substâncias como o café, o chá e o chocolate', por exemplo, igualmente 'são drogas', ou "alimentos-droga", como Sidney Mintz (1986) os nomeara, e que 'drogas são ainda todos os fármacos'. Daí o problema das drogas não implicar apenas considerações de ordem econômica, política, sociológica ou jurídico-criminal, tendo sido considerado um problema 'eminentemente médico' desde que se tornou, em nossa sociedade, o que não faz assim tanto tempo, um problema de 'drogas'. E as implicações desse vínculo entre drogas e medicina não são absolutamente desprezíveis, já que os saberes e as práticas médicas foram historicamente investidos, entre nós, na posição de principais instrumentos de legi-

timação da partilha moral entre drogas de uso lícito e drogas de uso ilícito por fornecerem, para a sociedade em geral e com a força da autoridade científica que costumamos lhes emprestar, os critérios para tal partilha.

O questionamento dessa partilha moral não nos deve impedir de reconhecer que, embora não seja 'dada', ela é operativa em mais de um plano. Não é preciso muito esforço para notar que ela é funcional no senso comum, que distingue drogas (geralmente as de uso ilícito, mas também tabaco e álcool) de 'remédios' (aqueles prescritos pelos médicos, mas também aqueles encontrados nas farmácias, quando não no quintal – caso dos 'chás medicinais') e, ambos, de 'alimentos'. Ela também é funcional entre os especialistas. A esse respeito, cabe notar que um dos efeitos mais expressivos da suposta evidência dessa partilha moral (efeito que, em processos de *feedback-looping*, acaba por retroalimentar tal suposição) refere-se à assimetria analítica vigente entre os especialistas interessados no assunto, assimetria que envolve uma espécie de divisão intelectual do trabalho que tende a colocar sob a competência dos cientistas sociais as questões suscitadas, ora pelo uso de drogas de uso ilícito, ora pelo tráfico de drogas e suas dimensões correlatas (marginalidade, criminalidade, desvio etc.), enquanto as questões suscitadas ora pelo uso de drogas de uso lícito (por oposição às de uso ilícito), ora pelo uso de drogas em geral (por oposição ao tráfico) são majoritariamente confinadas à competência dos saberes médicos (especialmente a farmacologia, a psiquiatria e a psicologia).

Tocamos aqui num ponto capital, pois sucede às drogas (e aos medicamentos), portanto, o mesmo que às armas (e às ferramentas). Como enunciaram Deleuze e Guattari (1997:72),

> sempre se pode distinguir as armas e as ferramentas segundo seu uso (destruir os homens ou produzir bens). Mas se essa distinção extrínseca explica certas adaptações secundárias de um objeto técnico, ela não impede uma convertibilidade geral entre os dois grupos, a ponto de parecer muito difícil propor uma diferença intrínseca entre armas e ferramentas.

"Ferramentas de trabalho e armas de guerra trocam suas determinações", como drogas, alimentos e medicamentos também o fazem. "Isso não impede que se possam reconhecer diferenças interiores, embora não intrínsecas (lógicas ou conceituais), ainda que por aproximação", entre todas essas coisas, mas o ponto a ser destacado é que, tal como não é a ferramenta que define o trabalho, mas sim o inverso, não é a droga que define o crime, nem é o remédio que define a medicina: a droga supõe o crime, como o remédio supõe a medicina e a ferramenta supõe o trabalho. Isso significa que, de um lado, as drogas e os medicamentos estão, como as armas e as ferramentas, "submetidas às mesmas leis que definem precisamente a esfera comum"; e, de outro, que qualquer objeto técnico (arma, ferramenta, droga, remédio ou alimento) "continua abstrato, inteiramente indeterminado, enquanto não for reportado a um agenciamento" que o constitua enquanto tal (Deleuze & Guattari, 1997:72). É, pois, preciso não esquecer a lição do alquimista: *dosis sola facit venenum* (Paracelsus).

Já há algum tempo diferentes cientistas sociais têm-se dedicado a pensar vários aspectos do problema das drogas, tendo produzido muita coisa de qualidade a respeito.[9] No entanto, uma das conseqüências da divisão intelectual do trabalho antes mencionada é a quase inexistência de trabalhos de cientistas sociais (ou de outros especialistas) dedicados à investigação conjunta e integrada do problema do consumo de drogas, sejam elas de uso ilícito ou não.[10] É na investigação do problema das drogas do ponto de vista crítico dos agenciamentos que o produzem como tal e de modo tal que não se tome como dada a partilha moral que tenho concentrado minhas atividades de pesquisa (Vargas, 1998; 2001).

Para Sair da Assimetria

Considerando o problema das drogas de modo integrado e do ponto de vista de seus valores de uso, vale dizer, dos problemas suscitados pelo 'consumo' de drogas de uso lícito 'e' de uso ilícito, seria muito cômodo dizer, como freqüentemente o fazem a psicologia, a farmacologia e o senso comum, que eles se limitariam a uma resposta a uma crise ou a uma carência qualquer: toma-se remédio porque falta saúde, bebem-se ou tomam-se drogas porque falta dinheiro, família, escola, religião, trabalho, afeto etc.; ou seja, que o problema das drogas se esgotaria, como sublinhara Caiafa (1985:17-18), como "mero produto de uma precariedade criada por outros". No entanto, Guattari (1985:47) também já alertara contra os perigos de definições negativistas como essa e sugerira que, em vez de "considerar tais fenômenos como respostas coletivas improvisadas a uma carência (...), dever-se-ia estudá-los como uma experimentação social na marra, em grande escala", desde que tal "experimentação social na marra" não seja entendida como uma atitude voluntarista, mas como um agenciamento coletivo que se situa aquém, ou se desenvolve além, do plano das ações voluntárias.

---

9 Para ficar apenas na produção brasileira das últimas décadas, veja-se, por exemplo, o pioneiro trabalho de Velho (1998) sobre o uso de 'tóxicos', bem como os estilos de vida e as visões de mundo a ele associados, entre dois grupos de consumidores das 'camadas médias urbanas brasileiras'; e o cuidadoso trabalho de Magalhães (1994), em que ele procura mostrar, entre outras coisas, que, embora a posse, o uso e o tráfico de drogas sejam crimes duramente definidos na lei penal, eles são contextualmente (re)interpretados ('negociados') pelos agentes responsáveis por sua aplicação (policiais, promotores e juízes). Veja-se também o denso trabalho de Zaluar (1985) sobre as organizações populares e o significado da pobreza, em que ela mostra de que modos complexos e ambíguos se estabelecem as relações entre trabalhadores pobres e bandidos (geralmente traficantes de drogas) no conjunto habitacional Cidade de Deus, do Rio de Janeiro; e o original trabalho de Bastos (1996), em que o autor usa técnicas de geoprocessamento para acompanhar a disseminação das drogas injetáveis e mostrar suas correlações com a distribuição epidemiológica da Aids. Há ainda uma série de coletâneas a respeito, que reúnem trabalhos de diferentes especialistas, vários, inclusive, formados em outras áreas que não a das ciências sociais (sobretudo nas de direito e de saúde). É o caso, por exemplo, das coletâneas organizadas por Sabina (1986), Henman e Pessoa Jr. (1986), Bastos e Gonçalves (1992 e 1993), Zaluar (1994a e 1994b) e Mesquita e Bastos (1994). Compostas de textos de diferentes tamanhos e envergaduras escritos a partir de perspectivas analíticas variadas, essas coletâneas têm em comum, como os trabalhos de caráter mais monográfico arrolados anteriormente, dedicarem-se ou a alguma substância em particular, ou às drogas de uso ilícito em geral. À parte a inegável qualidade de alguns deles, nenhum encara de modo integrado, portanto, o problema do consumo das drogas de uso lícito e das de uso ilícito; em suma, nenhum deles problematiza direta e exaustivamente a partilha moral entre drogas de uso lícito e de uso ilícito.

10 Talvez a maior, ou única, exceção a essa regra seja o trabalho organizado por Goodman e Gilman (1987), mas trata-se, aí, de uma investigação que, por mais alentada que seja, encara o problema das drogas quase que exclusivamente do ponto de vista da farmacologia (aliás, é exatamente este o seu propósito). As dimensões sociais do fenômeno, quando não desconsideradas em absoluto, reduzem-se a artigos secundários dedicados a algumas drogas (ou a conjuntos de drogas) em particular diluídos ao longo da coletânea como um todo.

Além disso, a se manter essa perspectiva negativista segundo a qual a carência ou a falta estão na base de qualquer consumo de drogas, seria o caso de saber, de um lado, como os homens puderam viver durante tanto tempo sem conhecer a aspirina e uma série de outros medicamentos alopáticos e, de outro, como o consumo de inúmeras substâncias atualmente denominadas drogas pôde ser tão difundido no tempo e no espaço, passando por um espectro de práticas culturais de consumo que vão desde a *Amanita muscaria* das tribos siberianas ao soma hindu, dos cogumelos mexicanos aos cactos e solanáceas pré-colombianos, do tabaco ameríndio ao haxixe cita, do iagê dos índios da selva amazônica ao ayahuasca do Santo Daime, do ópio chinês ao hábito inglês de tomar chá, das folhas de coca mascadas pelos índios dos Andes à maconha e à cocaína consumidas nas metrópoles modernas, entre inúmeras outras. O consumo de certas substâncias hoje denominadas drogas com propósitos não apenas medicamentosos parece ter sido, portanto, uma experiência tão antiga quanto difundida nas sociedades humanas e, pelo que se sabe, foram somente as sociedades ocidentais[11] que declararam 'guerra' a certos tipos de consumo dessas substâncias.[12] Diante de uma ausência e de uma presença tão expressivas, respectivamente no primeiro e no segundo casos, seria de estranhar que todas essas práticas tivessem por motivação serem respostas a alguma coisa que lhes seria estranha.

Nesse sentido, evitar fazer do consumo de drogas um fenômeno que se reduza à condição de resposta a crises ou carências que lhe são estranhas implica investigá-lo a partir de suas próprias condições de possibilidade, isto é, de um ponto de vista positivo, epistemologicamente falando. Desse ponto de vista, o que se percebe, desde logo, é que as relações que sociedades como as nossas entretêm com o uso de drogas estão longe de ser unívocas ou monolíticas. De fato, encontramo-nos, a meu ver, diante de uma situação singular, posto que paradoxal: à crescente e em muitos sentidos inédita repressão ao consumo de drogas de uso ilícito acrescenta-se a insidiosa incitação ao consumo de drogas de uso lícito, sob a forma quer dos remédios prescritos pela ordem médica tendo em vista a produção de corpos saudáveis, quer de drogas autoprescritas em função de ideais de beleza (os anorexígenos produzindo corpos esbeltos), de habilidade (os esteróides e anabolizantes produzindo corpos de superatletas) ou de 'estado de espírito' (os ansiolíticos e antidepressivos produzindo corpos serenos, mansos), quer do indefectível hábito, tão comum entre nós, de ingerir bebidas alcoólicas, tabaco, chocolate e café. Diante disso, cabe ressaltar que a diferenciação entre drogas de uso lícito e de uso ilícito não resolve ou

---

11 Mais precisamente, não foram apenas as sociedades ocidentais que declararam guerra a certos tipos de consumo dessas substâncias. Outras sociedades que também seguiram nessa direção foram aquelas onde impera o islamismo, para as quais talvez se aplique, num sentido um tanto diferente do imaginado pelo autor, a célebre fórmula de Marx segundo a qual "a religião é o ópio do povo".

12 De fato, não foram apenas as drogas que entraram no rol de experiências relativamente condenadas ou, mais precisamente, 'domesticadas' pelas/nas sociedades ocidentais. Num certo sentido, as festas, o jogo, a magia e a religião também fazem parte dessa lista de experiências que diretamente envolvem processos ou procedimentos de *déraison* 'domesticados' em sociedades que se pretendem 'desencantadas', desde que se entenda que essa 'domesticação' é relativa, seja porque as drogas, como as festas, o jogo, a magia e a religião, não foram absolutamente extintas (ao contrário, trata-se de experiências que mantêm uma impressionante vitalidade nas sociedades ocidentais, apesar dos esforços no sentido do 'desencantamento do mundo'), seja porque tal 'domesticação' é relativa às imagens e às estratégias mais oficiais em curso nas sociedades ocidentais. Por outro lado, a singularidade da situação ocidental de 'domesticação' de práticas como as de (certos) consumos de drogas não significa, em contraposição, que aquelas sociedades em que o uso de substâncias que convencionamos chamar de drogas não é objeto de condenação não regulem ou disciplinem o emprego de tais substâncias.

anula o paradoxo, posto que o problema das drogas envolve, de fato, toda uma cadeia sintagmática que, 'no plano do consumo, torna práticas vizinhas os usos medicamentosos (feitos sob prescrição médica), paramedicamentosos (autoprescritos ou prescritos por instâncias extramédicas) e não medicamentosos de drogas'. E essas práticas podem ser tomadas como práticas vizinhas e reunidas num mesmo espaço porque fazem parte de um mesmo campo semântico, o das práticas corporais, que é continuamente atravessado pelos modos como a vida e a morte são experimentadas e concebidas, histórica e culturalmente, pelos homens.

O ponto a ser destacado é que fizemos das drogas um problema médico-criminal e um problema que não diz respeito apenas à sua repressão, mas também à incitação ao seu consumo. É assim que, ao mesmo tempo, condenamos e punimos o uso de algumas substâncias sob os estigmas do vício ou da doença e prescrevemos e incitamos o uso de outras (senão das mesmas) em nome da conservação biológica da vida. É assim que essas disposições médico-legais configuram uma espécie de 'dispositivo das drogas', num sentido até certo ponto próximo ao que Foucault (1982) estabeleceu para o "dispositivo da sexualidade". Problema de repressão e de incitação, a droga não existiu desde sempre, sendo uma invenção social relativamente recente. De fato, mais do que se apropriar de uma experiência supostamente universal de consumo de drogas, o que as sociedades ocidentais parecem ter feito foi criar literalmente o próprio fenômeno das drogas, seja produzindo-as em laboratório e/ou em escada industrial, seja medicalizando e/ou criminalizando as experiências de consumo de substâncias que, até então, não eram consideradas drogas. Com isso não quero dizer, obviamente, que outros coletivos humanos não usaram/usam substâncias que, hoje, não titubeamos em designar como drogas, mas que tais usos alheios e alhures não eram/são experimentados e/ou concebidos como usos de drogas[13] (eventualmente nem mesmo como uso de 'substâncias', na medida em que a categoria de 'substância' está na dependência de certa partição entre nomes e coisas, sujeitos e objetos, amiúde estranha às cosmologias não ocidentais),[14] sendo o problema precisamente o dos agenciamentos de usos dessas substâncias como drogas. Trata-se, portanto, de uma originalidade relativa, essa ocidental, cuja especificidade só aparece por contraste com outras modalidades de uso.

Mas a originalidade ocidental no que diz respeito ao uso de drogas enquanto drogas (e, conseqüentemente, no que concerne ao 'dispositivo das drogas') não escamoteia certos paradoxos explicitados em usos não ocidentais. Em vez disso, apenas os encobre ao fazer passar como dada a partilha moral entre drogas de uso lícito e ilícito e ao disseminar a divisão intelectual do trabalho entre os especialistas da saúde, que se interessam sobretudo pelo problema do consumo e/ou dos 'fármacos', e os cientistas sociais que, quando analisam o fenômeno das drogas no contexto das sociedades ocidentais, tendem a privilegiar a análise do tráfico e/ou das drogas de uso ilícito. Para sair da

---

13 Há uma literatura abundante sobre diferentes modalidades de consumo ritual de substâncias que nós, ocidentais, costumamos chamar de drogas (sobretudo as 'psicotrópicas') agenciadas por outros coletivos humanos. Veja-se, por exemplo, Ruth Benedict (s. d.), Artaud (1985), Castañeda (1968, 1971 e 1972), Peter Furst (1974), Michael Harner (1976), Vera Coelho (1976), Henman (1981), Wasson (1983), Sangirardi Jr. (1983) e Michael Taussig (1987).

14 Como enunciara Mauss (1974:71), referindo-se àquelas sociedades em que prevalece o princípio do dom ou da troca, "no fundo, são misturas. Misturam-se as almas nas coisas; misturam-se as coisas nas almas. Misturam-se as vidas, e é assim que as pessoas e as coisas misturadas saem cada qual de sua esfera e se misturam: o que é precisamente (...) a troca".

assimetria analítica e problematizar a partilha moral, é necessário, portanto, considerar o problema do uso de drogas levando-se em conta toda a sua cadeia sintagmática, vale dizer, todas as suas práticas vizinhas, bem como seu campo semântico, ou seja, o das práticas corporais e, por conseguinte, considerar os modos como a vida e a morte são agenciadas entre nós.

Entre a Extensão e a Intensidade

Mas, afinal, o que são drogas?

Quando questionados sobre "o que é droga", os usuários de drogas de uso ilícito de Juiz de Fora entrevistados responderam que "depende do sentido" que se atribui ao termo, estando implícito que há mais de um, que droga é um "conceito muito amplo" (Ismael, 1998), "genérico demais" (Maria, 1999), ou "muito relativo" (Bárbara, 1999); em suma, que se trata de uma noção polissêmica. Não é à toa que, solicitados a relacionar aquilo que consideram drogas, a lista de respostas apresentada pareça disparatada. Assim, ao lado da maconha, da cocaína, do LSD, dos cogumelos, dos inalantes, da heroína, do álcool e do tabaco, também foram arrolados antibióticos, calmantes (Marcela, 1999), descongestionantes nasais (Ismael, 1998), anabolizantes (Lu, 1999), produtos químicos, agrotóxicos, medicamentos e alimentos em geral (Avner, 1999), além da Xuxa (Janus, 1999), do Flamengo (Janus, 1999) ou do Vasco (Eise, 1999), do FHC (Lu, 1999; Bárbara, 1999) e da "tia Glória" (Igor, 1999)... Enquanto uns afirmaram que "a droga, em si, é benéfica" (Helena, 1999), outros disseram que "tem hora que tudo é uma merda, tudo é uma droga" (Marcela, 1999); ou que as drogas são "substâncias que vão (...) acarretar algum dano" físico ou moral (Avner, 1999); ou ainda que cocaína, heroína, mas também comida e remédios de farmácia, "que causam dependência", são drogas, mas maconha "não é droga" (Sofia, 1999)... Opinião controversa, aliás, partilhada por outros usuários habituais de maconha, que afiançaram que "cocaína é droga, remédios são drogas, o álcool é uma droga, também. Mas, por exemplo, eu não acho que a maconha é droga, entende?" (Lu, 1999). Vários, ainda, lembraram do estigma associado à noção afirmando, por exemplo, que "eu não gosto do conceito droga, entendeu? Eu acho que é porque ficou muito batido, né? (...) a situação pejorativa da palavra" (Helena, 1999); ou então que "deturparam tudo, né? A palavra 'droga' tinha o sentido de drogaria (...), negócio de remédio, pô. Entendeu? Deturparam mesmo (...). Porque droga fica forte, né? Um lance, assim, uma palavra forte. Choca, entendeu?" (666, 1999).

Antes de desqualificar esses disparates como delírios de 'drogados', cabe verificar o que enunciam dicionários e manuais especializados. De acordo com o *Aurélio*, droga significa, como substantivo feminino,

> 1) qualquer substância ou ingrediente que se usa em farmácia, em tinturaria, etc.; 2) medicamento; 3) produto oficinal (farmacêutico), de origem animal ou vegetal, no estado em que se encontra no comércio; 4) medicamento ou substância entorpecente, alucinógena, excitante, etc. (...), ingeridos, em geral com o fito de alterar transitoriamente a personalidade (...); 5) *Fig.* coisa de pouco valor; 6) coisa enfadonha, desagradável.

Além disso, como substantivo masculino, o vocábulo 'droga' também é usado popularmente no Brasil, sobretudo no Nordeste, como um dos muitos nomes do 'inominável', sendo 'diabo' o sétimo sentido que se empresta ao vocábulo (Holanda, 1986:611).

De um modo geral, o vocábulo 'droga' designa, portanto, ora 'substâncias materiais', ora 'juízos de valor', quando não os designa simultaneamente. 'Concretamente', o vocábulo costuma se referir a substâncias químicas, naturais ou artificiais, misturadas ou não, utilizadas como medicamento, condimento, aromatizante, estimulante, inebriante, alucinógeno, estupefaciente, veneno ou na tinturaria... O vocábulo envolve, portanto, uma série de categorias semanticamente vizinhas (como, na língua portuguesa, as categorias de alimento, condimento, fármaco, remédio e veneno, entre várias outras). Além disso, ele se refere não exatamente a substâncias consideradas isoladamente, mas a substâncias 'consumptíveis', vale dizer, enquanto elas estejam virtual ou realmente 'relacionadas 'com os corpos vivos e sejam capazes de 'alterar-lhes' a percepção ou a vitalidade. Em outros termos, nenhuma substância, considerada isoladamente, é droga: ela só pode se tornar droga na medida em que entre em contato com corpos vivos. Mesmo aí, a rotulação de uma substância qualquer como droga (ou mediante alguma das categorias vizinhas) varia conforme a dose utilizada, o organismo específico que a consome ou a ela se expõe e a cultura ou a sociedade considerada. Em suma, varia conforme o agenciamento que a mobiliza.

Por outro lado, o vocábulo 'droga' costuma referir-se, 'figurativamente', a um 'juízo de valor' marcadamente depreciativo, servindo para indicar o que é ruim, enfadonho, desagradável, de pouco valor, quando não o próprio 'diabo'. Também as categorias que são semanticamente vizinhas ao vocábulo 'droga' denotam 'juízos de valor'. Não obstante, essas avaliações são situacionais e, além de variarem (em termos das substâncias consideradas e dos valores agregados), são, amiúde, ambíguas.

O *World Drug Report* registra que "as Convenções de controle de drogas das Nações Unidas não reconhecem uma distinção entre drogas lícitas e ilícitas e descrevem apenas o uso como lícito ou ilícito, prescrito ou não autorizado" (UNDCP, 1997:11). O que está em jogo, portanto, não são exatamente classes de substâncias, mas modalidades de uso concebidas, experimentadas e avaliadas de diferentes maneiras. Além disso, essa passagem do *Report* sugere que o que fundamenta, entre nós, a legitimidade ou não dos usos consumptivos de qualquer substância são os parâmetros médicos e/ou farmacológicos oficialmente reconhecidos.

A questão é que a visada terapêutica que serve de base para esses recortes, bem como a normatividade que lhe é intrínseca, não são nada óbvias, menos ainda "naturais", apesar das petições de princípio em torno de coisas tão enigmáticas como o "instinto de cura", de "preservação" ou de "sobrevivência" (Clavreul, 1983:64-65). Além disso, é curioso que a maioria dos manuais de farmacologia e de psiquiatria façam referência ao 'abuso de drogas' como um problema sociológico, não só porque essa referência dá margem para que se acredite que os usos medicamentosos de drogas não o sejam, como também porque evita qualquer referência ao quanto o problema do consumo de drogas tem de iatrogênico.

Levando-se em conta as definições utilizadas pelos organismos internacionais e pela literatura farmacológica e psiquiátrica dedicada ao assunto, não é difícil perceber que o que estabelece os usos terapêuticos de uma droga qualquer é o cálculo racional que valoriza os 'benefícios' e censura os 'riscos' envolvidos em tais usos, sendo as drogas valorizadas conforme produzam efeitos clinicamente 'desejados'. O problema, no entanto, é triplo: em primeiro lugar, os efeitos clinicamente 'desejados' não são auto-evidentes, sendo sempre necessário não só indagar desejados para quem, como também desejados a partir de que critérios; em segundo lugar, mesmo aceitando que a relação predominante deve ser a do cálculo racional, é tremendamente difícil estimar com precisão as relações de risco/benefício envolvidas no consumo de drogas; finalmente, os efeitos de uma droga qualquer nunca se reduzem aos efeitos 'desejáveis' dessa droga: do ponto de vista das relações químicas consideradas em sentido estrito, não existem alguns efeitos que seriam 'desejáveis' e outros que seriam 'colaterais', 'secundários', 'adversos' etc., mas apenas e tão-somente 'efeitos'... A questão é que a adjetivação dos efeitos só ocorre a partir do momento em que critérios normativos passam a se impor e servir de referência para as distinções dos efeitos, mas isso já é toda uma outra dimensão que não está inscrita nas propriedades químicas das drogas.

O problema se complexifica se considerarmos o que se sabe a respeito da etimologia do vocábulo 'droga'. Como era de esperar, a etimologia do vocábulo não é menos confusa ou polêmica do que os sentidos que lhe são atribuídos. Controvérsias à parte, tudo indica que o sentido mais restritivo do vocábulo 'droga' (o de substâncias 'psicotrópicas') é, de longe, o mais recente. Além disso, os sentidos mais amplos parecem estar entremeados e manter certa ambigüidade desde praticamente a emergência do vocábulo, que ocorreu provavelmente no século XIV. Pois tudo indica que, diferentemente de inúmeras outras categorias 'médicas' atualmente ainda em uso (como as de 'saúde', 'doença', 'terapia', 'fármaco' e 'dieta', cujas origens remontam à Antiguidade greco-romana), o vocábulo 'droga' emergiu dos contatos entre os povos europeus e seus 'outros' (encarnados, na época, sobretudo pelos árabes e demais povos do Oriente), tais como eles se deram nos últimos séculos da Idade Média. Mais precisamente, ele emergiu no rescaldo das Cruzadas, quando entraram em curso de desenvolvimento, no mundo ocidental, quer as sociedades de corte e aquele processo que Elias chamou de "civilizador" (Elias, 1994a), quer a fascinante e aterrorizante deriva cosmológico-topográfica em busca da Terra de Cocanha, do País da Canela, dos domínios de Preste João, das Ilhas Afortunadas, do Eldorado, em suma, do Paraíso Terreal, deriva que se materializou, entre outras coisas, na demanda por um tipo muito especial de mercadorias, as drogas ou 'especiarias', substâncias exóticas que teriam o "gosto do paraíso", tomando aqui emprestado uma feliz expressão de Schivelbusch (1993:3-14). Em sua busca, foram envidados os mais impressionantes esforços; ao seu redor, novos mundos foram-se constituindo, *pari passu* com novos agenciamentos coletivos de encorporação e subjetivação. O mundo das drogas pertence a esses novos horizontes. É preciso descortiná-los.

Se fizermos uma genealogia do uso de drogas no Ocidente (foi o que tentei em parte considerável de minha tese – Vargas, 2001), seria possível observar, repito, que as drogas emergiram

como tais a partir do contato dos povos europeus com seus 'outros' conforme esses contatos aconteceram nos últimos séculos da Idade Média, estando sua emergência vinculada ao desenvolvimento das sociedades de corte, à deriva cosmológico-topográfica em busca do Paraíso Terreal e às mutações operadas na concepção ocidental da 'pessoa' como uma 'criatura imperfeita'. Seria possível observar ainda que, desde então, e mais intensamente a partir do século XIX, as sociedades ocidentais têm mantido uma relação paradoxal, posto que simultaneamente de repressão e de incitação, diante do(s) consumo(s) de tais substâncias. Seria possível observar, além disso, que essa relação paradoxal está no cerne do que poderia ser chamado de um 'dispositivo das drogas', em muitos aspectos análogo ao "dispositivo da sexualidade" analisado por Foucault. Seria possível observar, por fim, que, em seus efeitos visados e perversos, tal dispositivo é agenciado a partir de diferentes esquemas de avaliação e modos de experimentação da vida, os quais estão intimamente relacionados com diferentes processos de subjetivação e de encorporação. Tal genealogia revelaria, ainda, que o que os usos lícitos e ilícitos de drogas colocam em jogo são formas, entre outras mais ou menos convenientes, de agenciar modos intensivos ou extensivos de engajamento com o mundo; em suma, são diferentes 'modos de produção de pessoas' que não implicam os mesmos riscos, não pagam os mesmos tributos, não produzem os mesmos efeitos.

Tendo isso em vista, ou seja, se cabe afirmar a existência de um 'dispositivo das drogas', creio que é possível estabelecer também que esse dispositivo gira em torno, em seus efeitos visados, quer da produção de 'pessoas' tal como elas vêm sendo hegemonicamente concebidas e efetuadas no Ocidente, isto é, tal como Sahlins (1992:24) as sintetiza, como "criatura[s] imperfeita[s], com necessidades e desejos, cuja existência terrestre como um todo pode ser reduzida à busca do prazer físico e à evitação da dor", quer de modos de engajamento com o mundo pautados pelo princípio de que a 'boa morte' é aquela que deve ser, tanto quanto possível, adiada no tempo, de que a vida deve ser vivida em extensão (veja também Sahlins, 1996). Trata-se, portanto, de uma via de mão dupla: de um lado, é certa concepção em torno da 'pessoa' no Ocidente ou certo modo de engajamento com o mundo privilegiado entre nós que não somente legitima, como também incita o consumo (ou certas modalidades de consumo) de uma impressionante variedade de substâncias ao emprestar um fundamento cosmológico e uma disposição existencial aos critérios clínicos que se costuma acionar para tornar recomendáveis ou, ao menos, toleráveis, certos consumos dessas substâncias (isto é, das drogas de uso lícito); de outro, é o consumo de substâncias como essas que empresta fundamentos materiais à concepção da 'pessoa' e ao modo de engajamento com o mundo supra-referidos. Não obstante, talvez fosse mais preciso afirmar que se trata de uma única via virada ao avesso como num anel de Möbius, pois de um lado a outro se passa sem solução de continuidade.

Assim, em sociedades nas quais a 'pessoa' é concebida como uma 'criatura imperfeita' que se realiza na medida em que calcula hedonisticamente e onde se privilegiam modos de engajamento com o mundo segundo os quais a vida deve ser vivida em extensão, parece racional (e, nessa medida, legítimo) consumir substâncias que promovam a conservação da vida e a eliminação da dor, em suma, que garantam a extensão da existência. Pelos mesmos motivos, parece irracional consumir substâncias que colocam a vida em risco.

No entanto, explicar o uso de drogas de uso ilícito mediante recurso ao argumento da (ir)racionalidade mantém, de fato, tais práticas como algo inexplicado, posto que interdita, de antemão, a percepção de que o consumo de drogas de uso ilícito também produz algo que escapa à sua caracterização em termos de prática irracional. Vale dizer, considerado de uma perspectiva epistemologicamente positiva, o que o consumo de drogas de uso ilícito põe em jogo é, a meu ver, a produção de outras 'pessoas', de outros modos de encorporação e de subjetivação, de outras maneiras de engajamento com o mundo, em suma, de modos de existência pautados por uma outra ética que não a da vida em extensão.

A questão que me parece fundamental é que tais modos de existência só se consumam mediante perda, destruição e, no limite, morte. Esclareço: se, do ponto de vista da utilidade clássica, o consumo só é produtivo na medida em que se ajusta ao princípio econômico do "balanço das contas", para falar como Bataille, isto é, "da despesa regularmente compensada pela aquisição" (Bataille, 1967a:28), então, na medida em que envolve riscos superiores aos benefícios previstos, o consumo de drogas de uso ilícito não se ajusta de modo adequado a tal princípio, ele desequilibra a balança. Nessa medida, o que tal consumo parece evidenciar é a vigência daquilo que, contraposto ao princípio do consumo produtivo tal como este aparece definido pelo utilitarismo clássico, Bataille (1967a:27) chamou de princípio da perda, do gasto incondicional ou da "despesa improdutiva". Cabe notar, no entanto, que tal princípio só é improdutivo em contraposição ao princípio racionalista do utilitarismo clássico. Visto por outro prisma, tal princípio aparece como produtivo, pois de sua efetuação resulta aquilo que Bataille (1967a:44) chamou de "estados de excitação".

Ao associar a experiência do consumo não medicamentoso de drogas nas sociedades modernas à produção de estados extáticos, Perlongher (1987, 1994) indicou, a meu ver, uma valiosa pista para a consideração epistemologicamente positiva do problema do consumo de drogas de uso ilícito.

O ponto crítico é que qualquer tentativa de tratar o consumo de drogas de uso ilícito de uma maneira epistemologicamente positiva terá, inevitavelmente, que lidar com o problema da inquietante contigüidade que, corriqueiramente, faz convergirem experiências como essas e processos violentos de destruição e autodestruição, em outras palavras, com a intrincada injunção entre a destruição agonística e a plenitude do êxtase. Pois, que essas sejam experiências que constantemente roçam o ilusório, o alucinatório, a estupidez, a miséria e a morte, e que, desse roçar, possam (embora isso nem sempre ocorra) extrair uma potência afirmativa, sua embriaguez, seu êxtase, ou, ao contrário, que o êxtase e a embriaguez possam resultar em estupidez e morte, esse parece ser o que torna radicalmente singular esse tipo de experiências que lidam com isso que Bataille (1967b) muito propriamente chamou de "a parte maldita". Tendo isso em vista, em vez de ficar apenas com o caráter 'doentio', desarticulador e destrutivo da experiência do consumo não medicamentoso de drogas (isto é, de se colocar exclusivamente do ponto de vista da 'saúde'); em vez de também ficar apenas com o caráter inebriante e festivo da experiência do consumo de drogas, isto é, de se colocar exclusivamente do ponto de vista da

'doença'; em outros termos, em vez de ficar com a moral e suas partilhas que submetem a existência à oposição de valores transcendentes, caberia, a meu ver, pôr a discussão em termos éticos que revelem uma pluralidade de modos de existência imanentes. No lugar de opor moralmente os valores do bem e do mal e prescrever o uso de certas drogas, como os medicamentos, porque elas fazem o 'bem' enquanto se condena o uso de outras drogas, as ilícitas, porque elas encarnam o 'mal' (ou então tudo às avessas, fazer uma apologia das drogas ilícitas enquanto se descuida do ou se censura o uso de drogas lícitas), trata-se de insistir eticamente, ao modo de Spinoza, sobre a diferença qualitativa dos modos de existência.

Nesse caso, o problema levantado pelos usos de drogas ilícitas, problema que inevitavelmente coloca embaraços éticos-políticos, consistiria no fato de tais usos nos fazerem nos defrontar com o que nos acostumamos a separar, isto é, com a inquietante injunção entre 'a agonia' e 'o êxtase' que, se não é prerrogativa dos consumos de drogas de uso ilícito, neles estão presentes de modo inequívoco.

Se considerarmos que o problema do consumo de drogas tem por campo semântico o das práticas e das técnicas corporais e se, além disso, considerarmos que 'sair de si' é um agenciamento corrente em torno dos usos ilícitos de drogas, pode-se dizer que é exatamente no plano da corporalidade e da subjetivação ou, mais ampla ou profundamente, no plano ético dos modos de existência que as experiências do consumo não medicamentoso de drogas podem ser consideradas técnicas de produção de êxtase. Se considerarmos, além disso, que os usos medicamentosos e boa parte dos usos paramedicamentosos de drogas têm em comum, além do fato de também serem práticas ou meios de produção de corpos e de sujeitos ('dóceis', 'esbeltos', 'atléticos', 'saudáveis'), estarem orientados segundo critérios extensivos de avaliação da vida, isto é, segundo outras éticas, caberia afirmar que os consumos não medicamentosos ou extáticos de drogas, com sua injunção de niilismo e pletora, podem ser interpretados como meios de produção de modos de encorporação e de subjetivação povoados por ondas de euforia ou de contemplação, ondas de frio ou de calor, ondas de cores e de sons ou, para usar uma expressão de Deleuze e Guattari (1996), povoados por ondas de "intensidades". Nesse caso, teríamos, então, ao lado de modos de engajamento com o mundo que se definiriam por avaliar a vida em extensão, modos de engajamento com o mundo que se pautariam por considerar a vida não mais em extensão, mas em intensidade; em suma, ao lado de uma ética da extensão, uma ética da intensidade. Não obstante, para que isso se evidencie é necessário, de um lado, que se evite confundir extensão com quantidade e intensidade com qualidade, em suma, que se evite fazer uma leitura racionalista de extensão ou uma leitura romântica da intensidade; de outro lado, que se considere a extensão e a intensidade como distribuídas numa polaridade que, sendo tão tensa quanto tênue, é vazada por inúmeras situações intermediárias, isto é, que não se tome nenhum (ou qualquer um) desses dois pólos como se constituíssem termos absolutos, vale dizer, que não se reduza a problemática ética aos preceitos morais; enfim, é necessário que se considere que esses diferentes modos de engajamento com o mundo não se distribuem da mesma maneira, nem são agenciados com a mesma ênfase nos diferentes segmentos sociais.

Mais uma vez as experiências do consumo de drogas se colocariam, então, como questão de vida e de morte. Mas, a partir do que acaba de ser exposto, creio ter podido apresentar alguns indícios que ajudem a evitar o caminho enganoso, porque fácil, cômodo e moralista, de se reduzir o problema das drogas aos termos que desqualificam e negativizam os usos não medicamentosos por atentarem contra os reclamos de uma vida que deve durar em extensão. Indícios que também chamam a atenção para o fato de que, talvez, o que a corte lúgubre de corpos 'drogados', quase liquefeitos, mas em estado de êxtase, estariam fazendo passar sob seu céu trágico seja ainda uma outra relação entre a vida e a morte: não mais a gestão da vida por medo da morte, mas a gestão da morte por afeto à vida; não mais a que visa à reprodução ou à salvaguarda da panóplia fisiológica do organismo ou a manutenção imortalizada do espírito diante da fatalidade da morte, mas a que se vale da morte, que se estrutura sobre ela, e não apesar dela, que a transforma, fatalidade, em necessidade para a produção da vida, da vida em intensidade, e não em extensão.

Por esse motivo, parece-me pertinente afirmar que, tal como a 'loucura', as drogas pertencem "ao domínio dessas experiências fundamentais nas quais uma cultura arrisca os valores que lhe são próprios – isto é, compromete-os na contradição. E ao mesmo tempo os previne contra ela" (Foucault, 1978:176). Creio que é exatamente por isso que, embora a partilha moral não seja 'dada', ou óbvia, ela é ambiguamente operativa e eficaz, pois, a meu ver, é precisamente a tensão entre modos intensivos e extensivos de engajamento com o mundo que tanto fundamenta tal partilha quanto a torna operativa e eficaz.

Antes de concluir, cabe deixar claro, no entanto, o seguinte: não desconheço nem desprezo os buracos negros, tais como os agenciamentos suicidários e seus componentes niilistas, que muitas vezes se formam em torno ou a partir de certos consumos de certas drogas; nem menosprezo os graves problemas relacionados à distribuição e ao tráfico de drogas que, inevitavelmente, colocam limites a qualquer consideração tranqüilizadora ou despolitizada da ética da intensidade. Ou, mais precisamente, não desconheço a existência e a amplitude dos problemas sociais associados aos usos de drogas, nem censuro os esforços e as competências para lidar com eles. Também não desconheço que sociedade alguma pode dispensar a existência de alguma forma ou 'dispositivo' de regulação e efetuação das relações sociais. Cabe, então, situar minha base ético-política de competência como antropólogo estudioso do assunto: como o que procuro investigar são agenciamentos coletivos que se distribuem aquém, ou se desenvolvem além, do plano das ações voluntárias, o que me interessa diretamente não são os problemas sociais, mas os problemas sociológicos e antropológicos colocados pelos ou em torno dos consumos de drogas. Assim, o que pretendo fornecer não é nem uma chave de interpretação irretorquível capaz de recobrir integralmente os problemas sociais associados aos usos de drogas, nem uma chave de solução automática que pudesse resolvê-los de uma vez por todas, mas uma variedade de subsídios (aqui apenas sugeridos) que, creio, são suficientemente consistentes para situar, sociológica e antropologicamente, os problemas sociais associados aos usos de drogas, e, nessa mesma medida, contribuir para modificar suas ocorrências e seus modos de funcionamento.

Referências Bibliográficas

ANNAN, K. Preface. In: UNDCP (Org.) *Word Drug Report 1997.* http://www.unodc.org/unodc/en/world_drug_report_1997.html

ARLACCHI, P. Introduction. In: UNDCP (Org.) *World Drug Report 2000.* http://www.unodc.org/unodc/en/world_drug_report_2000.html

ARTAUD, A. *Os Tarahumaras.* Lisboa: Relógio d'Água, 1985 [1936-1948].

BASTOS, F. I. *Ruína e Reconstrução: Aids e drogas injetáveis na cena contemporânea.* Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1996.

BASTOS, F. I. & GONÇALVES, O. D. (Orgs.). *Só Socialmente...* Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

BASTOS, F. I. & GONÇALVES, O. D. (Orgs.) *Drogas: é Legal? Um debate autorizado.* Rio de Janeiro: Imago, 1993.

BATAILLE, G. La notion de dépense. In: BATAILLE, G. *La Part Maudite - précédé de La Notion de Dépense.* Paris: Minuit, 1967a [1933].

BATAILLE, G. La part maudite. In: BATAILLE, G. *La Part Maudite - précédé de La Notion de Dépense.* Minuit: Paris, 1967b [1949].

BENEDICT, R. *Padrões de Cultura.* Lisboa: Livros do Brasil, s. d. [1934].

CAIAFA, J. *Movimento Punk na Cidade: a invasão dos bandos sub.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

CASTAÑEDA, C. *A Erva do Diabo: os ensinamentos de Dom Juan.* 16.ed. Rio de Janeiro: Record, 1968.

CASTAÑEDA, C. *Uma Estranha Realidade.* 11.ed. Rio de Janeiro: Record, 1971.

CASTAÑEDA, C. *Viagem a Ixtlan.* 11.ed. Rio de Janeiro: Record, 1972.

CHAST, F. *Histoire Contemporaine des Médicaments.* Paris: La Découverte, 1995.

CLAVREUL, J. *A Ordem Médica: poder e impotência do discurso médico.* São Paulo: Brasiliense, 1983 [1978].

COELHO, V. P. (Org.) *Os Alucinógenos e o Mundo Simbólico.* São Paulo: EPU, Edusp, 1976.

DELEUZE, G. & GUATTARI, F. 28 de novembro de 1947 – Como criar para si um corpo sem órgãos. In: DELEUZE, G. & GUATTARI, F. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia.* Vol. 3. Rio de Janeiro: Editora 34, 1996 [1980].

DELEUZE, G. & GUATTARI, F. 1227 – Tratado de nomadologia: a máquina de guerra. In: *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia.* Vol. 5. Rio de Janeiro: Editora 34, 1997 [1980].

ELIAS, N. *O Processo Civilizador. Vol. 1 - Uma história dos costumes.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994a [1939].

ELIAS, N. *O Processo Civilizador. Vol. 2 - Formação do Estado e civilização.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994b [1939].

FOUCAULT, M. *História da Loucura.* São Paulo: Perspectiva, 1978 [1972].

FOUCAULT, M. *História da Sexualidade I - A vontade de saber.* Rio de Janeiro: Graal, 1982 [1976].

FREUD, S. Mas allá del principio del placer. In: FREUD, S. *Obras Completas - Tomo III.* Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, 1981a [1920].

FREUD, S. El malestar en la cultura. In: FREUD, S. *Obras Completas - Tomo III.* Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, 1981b [1930].

FURST, P. (Org.) *Flesh of the Gods: the ritual use of hallucinogens.* New York: Praeger Publishers, 1974 [1972].

GOODMAN, L. & GILMAN, A. G. (Orgs.) *As Bases Farmacológicas da Terapêutica.* 7.ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

GUATTARI, F. Gangues em Nova Iorque. In: GUATTARI, F. *Revolução Molecular: pulsações políticas do desejo.* São Paulo: Brasiliense, 1985 [1977].

HARNER, M (Org.) *Alucinógenos y Chamanismo.* Madrid: Guadarrama, 1976 [1972].

HENMAN, A. R. *Mama Coca.* Bogotá: El Ancora Editores, Editorial La Oveja Negra, 1981 [1978].

HENMAN, A. & PESSOA JR., O. (Orgs.) *Diamba Sarabamba: coletânea de textos brasileiros sobre a maconha*. São Paulo: Ground, 1986.

HOLANDA, A. B. de (Org.) *Novo Dicionário de Língua Portuguesa*. 2.ed. rev. e ampl. São Paulo: Nova Fronteira, 1986.

MAGALHÃES, R. *Crítica da Razão Ébria: reflexões sobre drogas e ação imoral*. São Paulo: Annablume, 1994.

MARX, K. Introdução à crítica da economia política. In: GIANNOTTI, J. A. (Org.) *Marx*. São Paulo: Abril, 1978 [1857]. (Os pensadores)

MARX, K. A mercadoria. In: MARX, K. *O Capital*. Vol. I, tomo 1. São Paulo: Abril, 1984a [1867a]. (Os economistas)

MARX, K. A produção da mais-valia absoluta e relativa. In: MARX, K. *O Capital*. Vol. I, tomo 2. São Paulo: Abril, 1984b [1867b]. (Os economistas)

MARX, K. & ENGELS, F. *Manifesto do Partido Comunista*. Moscou: Edições Progresso, 1987 [1848].

MASUR, J & CARLINI, E. *Drogas: subsídios para uma discussão*. São Paulo: Brasiliense, 1993 [1989].

MAUSS, M. Ensaio sobre a dádiva: forma e razão da troca nas sociedades arcaicas. In: MAUSS, M. *Sociologia e Antropologia*. Vol. II. São Paulo: EPU, Edusp, 1974 [1924].

MINTZ, S. W. *Sweetness and Power: the place of sugar in modern history*. New York: Viking Penguin, 1986 [1985].

OLIEVENSTEIN, C. *A Droga: drogas e toxicômanos*. São Paulo: Brasiliense, 1984 [1970].

PERLONGHER, N. A produção do êxtase no circuito da droga. II Congresso Internacional sobre Toxicomanias, I Congresso Brasileiro sobre Consumo de Drogas. São Paulo, 1987. (Texto reapresentado na XVI Reunião da ABA, realizada em 1988). (Mimeo.)

PERLONGHER, N. Droga e êxtase. *Religião e Sociedade*, 16(3):8-23, 1994 [1990].

REMBERG, B. Stimulant abuse: from amphetamine to ecstasy. In: UNODCCP (Org.) *World Drug Report 1997*. Viena: UNODCCP, 1997.

ROSS, E & GILMAN, A. Farmacodinâmica: mecanismos de ação das drogas e relação entre concentração da droga e seu efeito. In: GOODMAN & GILMAN (Orgs.) *As Bases Farmacológicas da Terapêutica*, Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

SABINA, M. (Org.) *Maconha em Debate*. São Paulo: Brasiliense, 1986 [1985].

SAHLINS, M. Cosmologias do capitalismo: o setor transpacífico do “sistema mundial”. *Religião e Sociedade*, 16(1-2):8-25, 1992 [1988].

SAHLINS, M. The sadness of sweetness: the native anthropology of Western cosmology. *Current Anthropology*, 37(3): 395-415, 1996.

SANGIRARD JR. *O Índio e as Plantas Alucinógenas*. Rio de Janeiro: Editorial Alhambra, 1983.

SCHIVELBUSCH, W. *Tastes of Paradises*. New York: Vintage Books, 1993 [1980].

TAUSSIG, M. *Xamanismo, Colonialismo e o Homem Selvagem: um estudo sobre o terror e a cura*. São Paulo: Paz e Terra, 1993 [1987].

UNDCP (Org.) *Word Drug Report 1997*. Viena: UNODCCP, 1997.

VARGAS, E. V. Os corpos intensivos: sobre o estatuto social do consumo de drogas. In: DUARTE, L. F. D. & LEAL, O. F. (Orgs.) *Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

VARGAS, E. V. *Entre a Extensão e a Intensidade: corporalidade, subjetivação e uso de ‘drogas’*, 2001. Tese de Doutorado, Belo Horizonte: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, UFMG.

VELHO, G. *Nobres e Anjos: um estudo de tóxicos e hierarquia*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998 [1975].

WASSON, G. *El Hongo Maravilloso Teonanácatl*. México, D.F.: Fondo de Cultura Economica, 1983 [1980].

ZALUAR, A. *A Máquina e a Revolta*. São Paulo: Brasiliense, 1985.

ZALUAR, A. A criminalização das drogas e o reencantamento do mal. In: ZALUAR, A. *Condomínio do Diabo*. Rio de Janeiro: Revan, UFRJ, 1994a [1993].

ZALUAR, A. *Condomínio do Diabo*. Rio de Janeiro: Revan, UFRJ, 1994b.

ZALUAR, A. (Org.) *Drogas e Cidadania*. São Paulo: Brasiliense, 1994c.

33. FACES DE UM TEMA PROSCRITO:

TOXICOMANIAS E SOCIEDADE

Marcos Baptista

No meio do caminho tinha uma pedra
Tinha uma pedra no meio do caminho.
Carlos Drummond de Andrade

Faço questão de começar o texto chamando a atenção para um fragmento do poema de Drummond em epígrafe. A insistência do autor em repetir durante o poema a pedra e o caminho obriga a considerarmos esta cadeia significante como um atributo da subjetividade. Diria que só existe a pedra no meio do caminho porque nós estamos no caminho. A pedra do poeta não é uma montanha, tampouco um seixo, a pedra do poeta significa as repetições que vemos nos serem impostas pelo nosso próprio inconsciente ao longo do caminho.

Um homem em cada cinco – o que significa mais de um bilhão de pessoas no planeta – procura na droga algo diferente daquilo que está acostumado a ver e a pensar. O arsenal atual é imenso: às centenas de produtos naturais, acrescentaram-se milhares de substâncias sintéticas produzidas por laboratórios, oficiais ou não oficiais, sem contar as consumidas pelos que chamaremos de 'intoxicados menores', que demandam tabaco, café, chás, colas etc.

> Estima-se em 180 milhões o número de alcoólicos crônicos (aqueles cujas seqüelas são definitivas); 300 milhões de mascadores de coca, cocaína, pimenta (de variadas espécies), betle (*Chavica bette*),[1] kawa-kawa (*Piper methysticum*)[2] e de cato (*Efedra vulgaris*);[3] 400 milhões de fumadores

[1] Betle - nos antigos textos sânscritos, é citado sob o nome de *guvaka*, descrito por Theo Phrast em 340 a.C. e conhecido dos médicos chineses no terceiro século, que lhe deram o nome de *pin lang*. Atualmente, é consumido regularmente por 250 milhões de pessoas nas Filipinas, na Indochina, na Índia, em Madagascar, em Zanzibar e entre os árabes. Derivado de uma noz, fruto de uma palmeira (*Areca catchu*) que chega a 15 m de altura, cultivada próxima ao mar, e que produz a folha de betle propriamente dita. A droga é preparada de diferentes modos segundo as regiões geográficas e, em geral, é mascada nas diferentes preparações.

[2] Kawa-kawa - são raízes retiradas de uma piperácea arbustiforme que, em geral, cresce na Oceania e pode atingir 1,80 m e pesar de 1 a 2 kg. Constituída por dois alcalóides descritos por Lewin (1928). É consumida sob a forma de bebida que, pela tradição, é pilada e mascada por mulheres adolescentes; o resultado desse processo é misturado em água e ingerido pelos homens da região.

[3] Cato (etimologia: fr. *le kât*) - usado, notadamente, pelos árabes e habitantes da África Oriental, o *Catha edulis* é um arbusto cultivado em vales frios entre 900 e 1.500 m de altura. Na China, é considerado uma planta mágica, denominada *ma-huang* (*Efedra vulgaris*). As folhas da planta são mascadas e seu uso é bastante disseminado no Iêmen, na Somália, na China e em toda África Oriental.

> de maconha; e cerca de 300 milhões de fumadores de ópio e dos que se euforizam através de seus derivados. (Brau, 1967)

Esses números traduzem a importância e a proporção da gravidade desse problema.

Por outro lado, dizer que a toxicomania é um vício não ajuda, em um milímetro, a resolver o problema. Enfim, o que se deve postular é: por que um homem em cada cinco é adicto de alguma substância psicoativa? É certo que 80% dos toxicômanos já apresentavam uma neurose ou uma psicopatia severa antes de se drogarem (Brau, 1967), mas a doença mental desses cerca de um bilhão de indivíduos poderia, sem dúvida, encontrar sua origem em um 'desequilíbrio' da mesma natureza do "mal-estar na civilização" tão bem descrito por Freud (1998).

A explicação sociológica, que vê na necessidade da droga um sintoma da decadência social, tal qual na tese marxista, parece que não se sustenta, já que o uso de drogas está totalmente difundido em diferentes estruturas sociais, desde as organizações tribais da Nova Guiné até às mais modernas sociedades consumistas. Diante da incomensurável ignorância sobre a maneira como os homens são atraídos ou "sugados" – segundo o traficante Marcinho VP –,[4] para o uso de certas drogas, objetivando 'abrir' seus espíritos para uma forma de pensamento não cognitiva e não discursiva, deveríamos nos perguntar se não estamos diante de uma imperiosa inquietude com o desvelamento dos arquétipos e uma seqüencial desordem simbólica.

Talvez devamos nos perguntar, diante dessa 'bebedeira tóxica', se ela não seria o equivalente às 'Grandes Obras' dos filósofos herméticos: a concepção unitária dos alquimistas, resumida no adágio "O um está no todo e o todo está no um" (*Omnia ab uno et in oninia Omnia*), corresponderia a uma percepção difusa da unidade fundamental lúdico-sacro-profano? Cada estado da atividade lúdica corresponderia a um contato com o sagrado, como na teogenia, onde a droga revelaria o permitido e, por assim dizer, um certo pivotar[5] em torno do que chamaríamos de profano. Um jogo de regras e de perigo tal qual verificamos nas inúmeras iniciações esotéricas difundidas pelo planeta; uma espécie de corrida ao tesouro perdido, em cujo percurso qualquer um é passível de perder-se e fazer-se perder; jogo de sociedade, eminentemente associal, contra o qual a sociedade, a justo título, se opõe.

Como disse Huizenga em 1946:

> Drogar-se é uma ação livre executada dentro de um 'como si' e percebida como situada fora da vida corrente, mas que pode absorver completamente o jogador, sem que ele encontre algum interesse ou obtenha algum proveito; uma ação dentro de outra ação, que se estabelece em um tempo preciso e num espaço determinado, que se desenrola em uma ordem submissa a regras, que permite associações, onde reina uma propensão ao mistério e à fantasia, a fim de permitir ao homem separar-se do seu mundo habitual e do seu mal-estar do dia a dia. (Huizenga, 1946:19)

O que nos leva a concluir que drogar-se é, basicamente, uma ação dentro de uma outra ação.

[4] Programa Fantástico, TV Globo, 27 mar. 2000.

[5] Pivotar' tem origem no verbo francês *pivoter* (1611), e significa 'pôr sobre pivô'. Em mecânica, denomina-se 'pivotante' a peça que gira em torno de um ponto fixo (Houaiss, 2001).

[Não] Pós-modernidade e Contexto Sociocultural

A oposição entre Estado e sociedade civil revela nossa vontade de introduzir, nesta articulação, a posição da droga na cultura atual. Para nosso objetivo, que é nos aproximarmos do lugar do inconsciente e da pulsão nos discursos sustentados em nosso tempo, devemos demonstrar qual é a posição em que ela é mais adequada.

> A distinção entre Estado e Sociedade Civil é especialmente útil porque mostra um duplo movimento: de um lado os Estados buscam, cada vez mais, tornarem-se idênticos entre si, almejando a utopia de tornarem-se globais, por outro, a sociedade civil cultua a personalização do cotidiano – uma verdadeira elegia ao individualismo exacerbado. Os Estados lutam por leis, intervenções administrativas, operações de polícia, e mesmo guerras, para resgatar a sua legitimidade e para não serem absorvidos pura e simplesmente na administração da coisa pública no dia a dia. Esta configuração complexa define a situação da cultura, que nunca pareceu tão global. O que, atualmente, chamamos de cultura vai de encontro a um apelo à ordem mundial, que fixa a distribuição do sujeito da ciência dentro dos espaços regidos pelo mercado, indicando aos antigos significantes-mestres onde eles devem encontrar seu lugar. Dentro da perspectiva de uma ordem multiforme, devemos divisar o fim dos anos 80 e dos anos 90 como o momento em que a saúde pública tornou-se, como a felicidade no século XVIII, um profundo problema moral e político. (Laurent, 1996:2)

O Estado, sob a perspectiva liberal, transformou-se em um grande contabilista e deixou de exercer a função de Estado, ou seja, ser um funcionário do universal, da totalidade. É o verdadeiro trabalhador que, muito mais que o mercado, não deve dormir jamais.

> O Estado tornou-se a mão visível que duplica a mão invisível do mercado, sem impedi-lo de funcionar. As palavras de ordem são: reduzir as despesas e racionalizar a economia que se destina à saúde. Por exemplo, a aplicação de normas médicas à psiquiatria e à saúde pública mental, atualmente, se encontra sob a perspectiva de reabsorção da psiquiatria pela medicina geral. Não obstante, a psiquiatria resiste, nem que seja pela necessidade de longas hospitalizações, malgrado o custo com pessoal que implica estas hospitalizações. Os critérios de melhora e de produtividade, tão eficazes na cirurgia, têm padecido na tentativa de traduzirem-se em diretrizes precisas no campo da saúde mental. (Laurent, 1996:3)

Atentemos para uma outra incidência do Estado, que chamaríamos de 'O Estado universitário'. A universidade tende a deixar de ser a preceptora de um saber multiforme e multicolorido para se preocupar com a produção em massa, com a avaliação do número de alunos que por ela passam, com a eficácia dos processos metodológicos, com o índice de trabalhos publicados, induzindo seu corpo docente e discente a produzir o que o mercado demanda. A racionalidade técnica identifica-se com a racionalidade do próprio domínio. Enquanto negócio, seus fins comerciais são realizados por meio da sistemática exploração de bens considerados culturais. A tal exploração, Theodor Adorno (1999) denomina indústria cultural. Essa incidência pode ser observada, no campo das toxicomanias, pela maneira como o aparelho universitário homologa ou não qualificações desejáveis para sustentar as práticas de tratamento assistencial. Veremos despontar novos departamentos universitários, cujos objetivos essenciais são a avaliação subjugada ao arbítrio do Estado e aos seus regulamentos.

Por outro lado, observamos, na sociedade civil, o culto a valores transformados em bens culturais, como a cultura do corpo que impõe uma certa estética nas relações sociais. Platão já definia o corpo como uma prisão, pois que é receptáculo de desejos, paixões e agressividade (Caballero, 1971), enquanto Foucault chama a atenção para o fato de "que o corpo só se torna força útil se é, ao mesmo tempo, corpo produtivo e corpo submisso" (Foucault, 1984:134). A sociedade civil, por sua vez, define o corpo do sujeito com os aparatos que lhes são fornecidos pelo aparelho jurídico, técnico ou erótico.

Não é somente o etnólogo (visto pela ótica da antropologia social inglesa) quem situa o corpo, levando em consideração seu contexto e meio social. A princípio, é por meio da religião que o corpo se organiza dentro do discurso. Nesse aspecto, a história da teologia do batismo é, particularmente, apaixonante, pois ele engendra a submissão do corpo a Deus; Cristo foi corpo para falar da salvação da alma. O corpo é o presente instante quando obedece às leis da natureza e das pulsões que o dominam. Os filósofos do direito também sublinham o caráter ficcional que reveste o corpo, quando ele é apreendido de forma que transcende o corpo físico.

Chamaríamos a atenção para as novas técnicas médicas que começam a incidir sobre o corpo humano, forçando o direito a enunciar alguns princípios. Os notáveis sucessos

> da genética e de suas técnicas atuais, por exemplo, estão gerando um novo paradigma, cuja explicação se estende muito além do seu domínio de competência. Perguntaríamos se não estamos diante de um movimento de deriva em que alguns geneticistas, e outros estudiosos das ciências humanas, lutam contra o eminente perigo da eugenia. Este domínio de competência se estende da sociobiologia à ética das ciências naturais, passando pelas explicações genéticas sobre o alcoolismo, a homossexualidade, a esquizofrenia e, até mesmo, sobre o amor. (Laurent, 1996:2)

Dessa perspectiva, verificamos que, na sociedade pós-moderna, o corpo se encontra equipado de várias maneiras com o advento da medicina cosmética. A atuação desta se estende da criação de um novo nariz a uma cirurgia transexual, ou a uma transcendência da sexualidade – a mulher aliada à ciência forma um novo par – e até ao coração clonado para substituir o do doador, quando este falhar. Atualmente, a própria clonagem independe do espermatozóide, pode-se clonar e produzir um embrião a partir de uma estrutura genética XX, isto é, a mulher sozinha poderá reproduzir por ela mesma sem necessitar de nenhuma inseminação.

Contemplamos, igualmente, o nascimento de uma psiquiatria cosmética e, com ela, também aparece o uso de psicotrópicos, não sob o pretexto de lutar contra uma angústia existencial massiva, mas simplesmente para se reparar o que o sujeito considera como uma injustiça da natureza contra ele. Não se pode mais elaborar o luto de um parente falecido sem que alguém receite um antidepressivo para aplacar a dor. A depressão, que pouco interessava à psiquiatria da década de 50, tornou-se o distúrbio mais comum do planeta. Logo, enquanto a neurose seria uma tragédia da culpabilidade, a depressão se estabeleceria como um drama da insuficiência. Os distúrbios psíquicos e mentais não mais correspondem à história inconsciente do

sujeito, ao seu lugar na família e à sua relação com o meio social. A própria psicanálise ainda mantém o binômio alcoolismo-homossexualidade, enquanto nos parece claro que estamos no campo de uma homoerotização. O conceito de dependência, por exemplo, com a histórica dificuldade que nos coloca, nos parece se situar mais no campo da dessexualização do sujeito do que no de uma modificação de sua estrutura química. Em nossa opinião, o binômio consagrado na psicanálise, alcoolismo-homossexualidade, não se sustenta; deveríamos, isto sim, pensar que o que caracteriza a dependência é a dessexualização do sujeito.

Devemos ressaltar que a civilização e a pulsão não se encontram, pura e simplesmente, em oposição. Precisamos pensar que uma parcela da pulsão alimenta a civilização e suas exigências quanto à renúncia, encontrando aí uma forma de satisfação ainda mais secreta. "O problema ético não se situa entre a renúncia ou a satisfação, mas sim em saber qual é o desejo que está na ordem do dia; se é um desejo do qual nos envergonhamos ou se é um desejo responsável por suas conseqüências" (Baptista, 2003).

Enquanto isso, a tecnologia, em sua extensão atual, alterou o predomínio das forças naturais, modificando assim o equilíbrio das relações entre a cultura e a natureza. A tecnologia, interessada nos homens apenas como consumidores ou empregados, reduz a humanidade, no seu conjunto, a condições que representam seus interesses (Bauman, 1997). A indústria cultural traz em seu bojo todos os elementos característicos do mundo industrial moderno e nele exerce um papel específico, qual seja, o de portadora da ideologia dominante, que outorga sentido a todo o sistema. O homem tornou-se vítima de um novo engodo, ou seja, o progresso da dominação técnica. A cultura globalizada encarna a primazia da imagem, da tendência ao esquecimento, da redução do desejo pela fabricação de novos *gadgets*, enfim, da supressão do mal-estar.

Uma das características da pós-modernidade é a transposição da função paterna para o terreno político e a correlativa transferência da família para o terreno social.

> A família tornou-se coisa pública e a paternidade, função social. Mais do que isso, tornou-se função socialmente prescrita para a produção de bens. A luta pela vida deixou de ser um assunto de família, da esfera íntima, e transformou-se em assunto político por excelência. (Cabas, 1999:4)

Além da utopia antifamiliar, o desejo de relações sem repressão dos anos 60 produziu outros resultados: o tédio e a morosidade. Nesse contexto, uma pergunta se impõe: qual o destino do pai na pós-modernidade? Tomemos a noção de pai pela vertente estruturante em toda a sua dimensão simbólica, isto é, como guardião e representante da lei. O pai é aquele que paira, que mesmo na ausência está presente (Bitttencourt, 1999). A lógica que transforma a família em coisa pública, e paternidade em função social, tira o objeto do lugar do desejo e o transforma em objeto de consumo (Cabas, 1999). O consumo torna-se, então, desenfreado, em meio a uma produção cada vez maior.

Outro aspecto característico da pós-modernidade é o estado permanente de crise, onde o movimento seria o de retirar da crise o próprio vislumbrar de um futuro fora dela. Se a

modernidade, aparentemente, decretou um certo afastamento de Deus, com a secularização do mundo, a pós-modernidade acrescenta a morte dos ideais e do futuro. O que vale é a promoção do prazer cultuador da auto-imagem, do aqui e agora, na vertente niilista do nada e do vazio que sustenta, como já frisamos, o evitamento da dor. O ideal comunitário deixa de priorizar as idéias, princípios ou tradições e se converte numa sociedade do espetáculo. O que está em jogo é a *performance* e a imagem, que se mesclam ao estilo e à estetização da existência. Toda essa articulação é posta a serviço do mercado (Baptista, 1998).

Os grupos sociais passam a ser definidos como faixas de mercado. O sistema visa a tudo absorver e transformar em mercadoria, até mesmo as idéias anti-sistema. No mundo contemporâneo, assistimos a uma recriação infindável de novos signos, através dos meios de comunicação, acarretando uma perda de referência do real e, portanto, uma perda da singularidade do sujeito. O controle social se exerce através do circuito informação-estetização-erotização-personalização do cotidiano, produzindo consumidores isolados. Esses consumidores, de preferências insaciáveis, parecem buscar um outro eu indefinível, um mais de gozar, fazendo-os esquecerem que não existe distribuição homogênea. Esse ponto, que escapa ao consumidor, faz dele um sujeito da ilusão.

[Não] Drogas e Toxicodependentes

É mister sermos precisos quanto a classificar os sujeitos dependentes de drogas. Olievenstein, num texto inédito de 1984, nos chama a atenção para quatro pontos específicos quanto à dependência de drogas: 1) a droga existe sem o toxicômano; 2) diante da droga, a atitude do homem é variável segundo o espaço, a ideologia, o lugar, o momento sociocultural; 3) em um mesmo momento, a atitude dos indivíduos é variável, segundo a sua vulnerabilidade; 4) toda falta do ser humano remete a outra falta arcaica, e é nessa remessa que se situa a especificidade da toxicomania.

Se a dependência faz o toxicômano, ou antes a sua definição, é a necessidade de repetição e a repetição da necessidade que estão em jogo. A dependência de drogas é um fenômeno ativo, porque é na falta que melhor se exprime o seu desejo. A falta à qual nos referimos é ao mesmo tempo individual, incomunicável e se torna a verdade do mundo. Nessa sucessão repetitiva e de fato organizada, parcialmente voluntária, é que se joga o sofrimento como uma alternativa desejada pela ausência de algo melhor do que o prazer.

> Quanto mais intenso for o sofrimento da falta, maior parecerá o prazer da intoxicação e seu poder suavizante. É no instante que se organiza esta substituição que a falta se torna, ela própria, o objeto do desejo, substitutivamente ao objeto droga que não pode mais cumprir seu papel a não ser por comparação. (Olievenstein, 2003:14)

A utilização do produto, logo que o prazer cessa de ser onipresente, tem por objetivo colocar ordem onde havia a incerteza dolorosa. Com a droga, há a certeza da repetição. "Se a

droga é investida pelo toxicômano, é da investidura que se trata, tanto quanto do investimento" (Giraud, 1989:19).

Alguns sujeitos ingressam em estado de dependência, assim como outros na religião, enquanto que outros jamais o fazem, e ainda temos aqueles que estabelecem compromissos mais ou menos corrompidos com seus objetos, *gadgets*, fantasmas e drogas.

Para alguns, trata-se de uma dependência "necessária", e se não se aceita essa necessidade como uma evidência clínica, não se poderá jamais tratar de tais sujeitos. Lembremos que essa necessidade tem uma inscrição neuroquímica, que é mais bem conhecida depois da descoberta das endorfinas. Essa dinâmica psíquica de transferência de investidura torna o produto o delegado geral do desejo do sujeito, dupla perfeita do período de lua-de-mel ao qual se sucede, de forma também perfeita, a relação do sujeito e de sua falta. Os efeitos dos produtos são insubstituíveis, da mesma forma que é insubstituível o estado de dependência que permite ao sujeito verificar os efeitos insubstituíveis do produto (Olievenstein, 2003). Poderíamos dizer que, de um certo modo, os tratamentos de substituição liberados para os toxicômanos, sob o pretexto da redução de danos, podem transformar o toxicômano de marginal em excluído e de excluído em enfermo médico-legal, fazendo-o viver dentro de uma camisola química.

Freud insiste sobre o fato de que o Ideal do Eu tem um aspecto social. É esse ideal que reúne uma família, uma classe, uma associação. É a partir desse ideal que o Outro intervém como modelo ou adversário. Temos que manter, eticamente, a consciência de que em cada indivíduo existe uma parte, mais ou menos importante, de margem e de exclusão. Podemos dizer que os tratamentos de substituição, oferecidos aos toxicômanos nas sociedades mais desenvolvidas do planeta, se ocupam em modificar o comportamento, mas não em reconstruir o sujeito. A substituição não é resposta às questões colocadas pelo sujeito.

Os toxicômanos parecem ser o efeito de uma dialética que se organiza a partir de sua relação com a linguagem, apesar de este efeito estar reduzido pela adoção da solução-droga.

A droga não é uma experiência de linguagem, senão pelo contrário, é o que permite um curto-circuito sem mediação, uma modificação dos estados de consciência, da percepção de novas sensações, pela perturbação das significações vividas pelo corpo no mundo através de um real que resiste e insiste. Em conseqüência, a experiência toxicomaníaca justifica o termo gozar, justifica o termo "gozar mais além do princípio do prazer, o que parece não estar ligado a uma moderação da satisfação, mas, ao contrário, a um excesso, a uma exacerbação da satisfação" (Miller, 1991:34).

A droga, para o sujeito, se transforma em um parceiro essencial, a ponto de nos interrogarmos se o sintoma patognomônico da dependência – com todas as variáveis que o termo indica – não seria a dessexualização. Não devemos fazer da droga objeto causa do desejo, no máximo poderíamos fazer dela objeto causa de gozo. "É uma maneira de gozar que se inscreve

na rubrica do auto-erotismo. Digamos que é um gozo cínico,[6] uma distinta maneira de gozar que não passa pela significação do corpo do Outro" (Miller, 1991:41).

Do ponto de vista psicanalítico, a maneira de gozar do toxicômano está aderida a um produto. Esse produto permite uma identificação brutal com um contingente. O que responde muito bem à sociedade moderna que se preocupa em manter o sujeito separado do Outro. Na droga não há uma formação de compromisso, senão uma formação de ruptura. Em conseqüência dessa ruptura existiria uma ruptura da identificação com a lei. Nos toxicômanos parece existir um acidente na transmissão da lei, o que faz com que o toxicômano pareça ter um objeto acidental a encontrar no real.

Se pensarmos, por exemplo, que a sociedade atual, sob a égide de uma política de redução de danos – temos a obrigação de ressaltar que essa política tem sido um marco conceitual para as políticas repressivas, conservadoras e coercitivas –, propõe uma política de substituição de drogas, poderíamos nos perguntar se não estaríamos mantendo os toxicômanos fiéis ao consumo. Fiéis ao controle social que se exerce, através do circuito informação-estetização-erotização-personalização do cotidiano.

> A prótese química que se propõe aos toxicômanos com a política de substituição revela um outro gênero de articulação com a lei. O fato de mantê-lo, via Estado, sob o efeito da droga substitutiva continua fazendo com que o toxicômano se cale, mantém a ruptura social na qual ele se insere e, portanto, revela-se uma política que mantém a exclusão. O toxicômano não inventa a sua toxicomania, ele a sofre, ele a descobre. Mantê-lo como um *affaire* de Estado, tal qual a virtude e a felicidade, é mantê-lo num verdadeiro tráfico 'autorizado' pela lei. (Baptista, 1998:7)

Por outro lado, o resultado dessa ciência tecnológica produz inquietações, uma vez que o número de loucos multiplica-se e eles tornam-se cada vez mais perigosos, enquanto os ditos normais revelam-se cada vez mais frágeis. Poderíamos dizer que,

> por falta de fabricar-se um imaginário positivo, a alienação domina a relação entre os homens e, nesta seqüência, verifica-se um paradoxo ainda maior, visível ao divisarmos a gênese, cada vez mais freqüente, de novas instituições empenhadas na tentativa de recuperar os excluídos, mas que têm, elas próprias, a necessidade de perpetuar a exclusão para sobreviver. (Olievenstein, 1997b:19)

[6] Cinismo foi uma escola filosófica fundada por Antístenes que dizia que o prazer não era necessário e exortava seus seguidores a não mover um só dedo na sua busca. O termo 'cinismo' pode derivar do subúrbio de Cinsargo, onde ensinava Antístenes, ou do termo *Kynos*, que significa cachorro, ápodo, pelo qual foi batizado Diógenes, por sua maneira de viver, sem pudores e escandalosamente – apelido que ele considerava honorífico. Os cínicos eram a favor do desprezo do prazer, pregavam uma vida solitária e um ataque frontal aos valores e às regras. Professavam que nada poderíamos dizer de válido sobre coisa alguma, a não ser sobre o que concerne ao nome próprio. Diógenes negou terminantemente a existência de Deus, a idéia de pátria e, considerando-se cosmopolita, negava todo valor à lei, defendia a poligamia e o canibalismo. Diógenes declarava que ele havia dominado suas próprias bestas: o termo, o desejo, e a que considerava mais cruel e enganosa, o prazer. Comenta-se que Diógenes, em plena luz do dia, saía pelas ruas gritando "busco um homem verdadeiro". Cabe a pergunta, que se encaixa muito bem no toxicômano: o que seria um homem verdadeiro? Seria aquele que está sujeito à castração, à lei? O estilo de vida cínico, levado ao extremo, pode ter determinado a morte de Diógenes pelo suicídio. O cinismo, como escola filosófica, inspirou toda uma corrente de filósofos que tiveram o mesmo fim (Salamone, 1991).

Uma das observações freqüentes, que se revela nas clínicas das toxicomanias, é sobre as famílias dos toxicômanos. Verificamos dois grandes grupos de famílias: um revela-se como famílias autárquicas, em que o que se deseja e o que se pede ao terapeuta são internações prolongadas, fechadas, marcadas por um número importante de atividades espartanas. A expectativa das famílias é de que as instituições se responsabilizem por manter o sujeito afastado por um longo período. A seqüência tradicionalmente proposta é: fazendas de recuperação, onde eles se instalem por um período de seis a 12 meses; depois estrutura de pós-cura, em que eles possam passar os dias confinados até que alguma forma de profissionalização se estabeleça. Uma das frases típicas dos pais dessas famílias é: "Doutor, diga o que temos que fazer, que colocaremos alguém no pé dele e ele não vai nem respirar". O outro grupo de família revela o que chamaríamos de famílias "que não estão nem aí". Os filhos são colocados sob a égide do "doutor"; indivíduos que antes e por anos a fio podiam chegar em casa às quatro, cinco da manhã e, por vezes, passar dias longe de casa, devem agora chegar em casa às 20 horas em ponto, caso contrário estariam tomando drogas. Uma das frases típicas das mães é: "Doutor, eu me envergonho de dizer, mas quando esse menino está sem drogas parece uma moça" (poderíamos supor que a mãe não conhece a identidade sexual do filho). O mais relevante é que qualquer recaída, ou erro de percurso, é atribuída ao "doutor". Caracterizam ambas as famílias: terem poucos laços sociais, pouca ou quase nenhuma disponibilidade para modificações no sistema e, por último, serem capazes de pequenas transgressões sociais (Baptista, 1993).

Diríamos que o sistema familiar do toxicômano revela uma inversão na sua estrutura: os filhos tomam o lugar dos pais e os pais assumem a posição dos filhos, como bem demonstram os ensaios dos terapeutas de família que trabalham com a linha sistêmica. A co-dependência que faz parte da estrutura que se conceitua como dependência de drogas é um 'porre' a seco, em que o familiar reproduz um não-dito do passado. Não é raro vermos famílias cuja mulher é filha de um alcoolista, casa-se com um alcoólico e reproduz, ao não elaborar sua própria história por meio de significantes-mestres que lhe são inconscientes e sobre os quais ela nada quer saber, um filho alcoólico que, por sua vez, será responsável pela reprodução do sistema. A genética vem tentando encontrar, em explicações químicas, quiçá neuroquímicas, em marcadores da estrutura cromossômica, uma explicação para a incidência familiar do alcoolismo. Entretanto, se considerarmos que a droga funciona como uma maneira de fazer calar o sujeito, a bioquímica poderá explicar o fenômeno da dependência, que é inegável e específico e que, no seu limite, pode ser reconduzido a um processo psico-químico, mas não pode fornecer explicações quanto ao seu conteúdo, como tampouco pode explicar o conteúdo do estado de dependência. Verificamos em um grande número de dependentes de drogas que o que se poderia chamar autismo ligado à intoxicação não é o calar, mas sim o falar.

Como já nos alertou Claude Olievenstein (1997a:31),

> A ilusão conferida pela droga é a tentativa moderna de se trocar uma parte da segurança por uma parte da liberdade. Entretanto, ao longo das últimas décadas, percebe-se que uma grande parcela dos homens trocaria, de bom grado, uma parte da felicidade por alguma porção de segurança.

Não esqueçamos, entretanto, que o toxicômano, como o principal ator da problemática aqui analisada, é um sujeito fiel, fiel ao seu produto, tal qual o mercado exige.

Na realidade, o que fizemos aqui foi uma série de perguntas às quais poderíamos retornar. Mas, se a condição prévia para a cura da dependência de drogas é o desmame das substâncias tóxicas, não poderá existir cura sem uma clara mudança objetal – do objeto suposto-saber-fazer-gozar para o objeto causa de desejo.

Referências Bibliográficas

ADORNO, T. & HORKHEIMER, M. Conceito de Iluminismo. In: ADORNO, T. & HORKHEIMER, M. Os pensadores. São Paulo: Nova Cultural, 1999 [1947].

BAPTISTA, M. A droga vela o objeto? In: INEM, C. & ACSELRAD, G. (Orgs.) *Drogas: uma visão contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago, 1993.

BAPTISTA, M. La substitution: serait-elle un trafic? XIII Journée de Reims, Reims, 1998.

BAPTISTA, M. Drogas, Estado e sociedade. Conferência de abertura do III Seminário Internacional sobre as Toxicomanias. In: BAPTISTA, M.; CRUZ, M. S. & MATIAS, R. (Orgs.) *Drogas e Pós-Modernidade: prazer, sofrimento e tabu*. Rio de Janeiro: Eduerj, 2003.

BAUMAN, Z. *Pos-modernity and its Discontents*. Cambridge: England, 1997.

BITTENCOURT, L. Aonde vai o pai? *Estado de Minas*, Belo Horizonte, 26 jun. 1999. Pensar.

BRAU, J. L. *Histoire de la Drogue*. Paris: Tchou, 1967.

CABALLERO, A. *A Filosofia através dos Textos*. São Paulo: Cultrix, 1971.

CABAS, A. Paradoxos da civilização e o desgarramento da cultura. Curitiba, 1999. (Mimeo.)

FOUCAULT, M. *História da Sexualidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

FREUD, Z. *El Mal Estar en la Cultura*. Vol. 21. Buenos Aires: Amorrortur, 1998.

GIRAUD, B. A falta. In: OLIEVENSTEIN, C. *A Clínica da Toxicomania*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

HOUAISS, A. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. 1.ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

HUIZENGA, R. Le ludique et le sacré. In: HUIZENGA, R. *Confluences*. Paris: Galimard, 1946.

LAURENT, E. Psicanálise, Estado e sociedade. Conferência na I Assembléia Geral da Associação Mundial de Psicanálise. Paris: AMP, 1996.

LEWIN, L. *Les Paradis Artificiels*. Paris: Payot, 1928. Apud DENIKER, P. & LÔO, H. Les médicaments psychotropes. *Les Psychotropes*. Vol. 1. Paris: ETSIF, 1979.

MILLER, J. A. Para una investigación sobre el goce autoerotico. In: MILLER, J. A. *Sujeto, Goce y Modernidad*. Tomo 1. Buenos Aires: Actuel-Ty-A, 1991.

OLIEVENSTEIN, C. O nascimento das instituições. In: INEM, C. & BAPTISTA, M. (Orgs.) *Toxicomanias: uma abordagem clínica*. Rio de Janeiro: Nepad/Uerj: Sette Letras, 1997a.

OLIEVENSTEIN, C. Toxicomania, exclusão e marginalidade. In: INEM, C. & BAPTISTA, M. (Orgs.) *Toxicomanias: uma abordagem clínica multidisciplinar*. Rio de Janeiro: Nepad/Uerj: Sette Letras, 1997b.

OLIEVENSTEIN, C. Uma interrogação sobre a dependência. In: BAPTISTA, M.; CRUZ, M. S. & MATIAS, R. (Orgs.) *Drogas e Pós-Modernidade: prazer, sofrimento e tabu*. Rio de Janeiro: Eduerj, 2003.

SALAMONE, L. El toxicomano y el goce cinico. In: SALAMONE, L. *Sujeto, Goce y Modernidad*. Tomo 1. Buenos Aires: Actuel-Ty-A, 1991.

34. LA VIOLENCIA HOMICIDA Y SU IMPACTO SOBRE LA SALUD EN AMÉRICA LATINA

Saúl Franco

Qualquier forma de violencia altera negativamente las condiciones y la calidad de la vida humana y, por lo tanto, la salud de las personas y de las colectividades. Desde los niveles físicos del daño orgánico, la alteración funcional o la incapacidad laboral, pasando por las alteraciones psico-afectivas y los trastornos del comportamiento, hasta culminar en graves implicaciones en la vida social, la violencia produce siempre saldos y consecuencias desfavorables a todo nivel.

Sin desconocer la seriedad y las implicaciones de ciertas formas tan graves de violencia como el secuestro, las desapariciones forzosas y la tortura, el homicidio –por su carácter irreparable y el hecho de constituir una negación definitiva de la totalidad de los derechos– constituye el hecho violento más grave y de mayores implicaciones humanas y sociales. Esta constatación y el hecho de haber dedicado la mayor parte del trabajo de investigación previo al problema del homicidio, hacen que la presente reflexión tenga como punto de partida y como eje principal, pero no único, la violencia homicida.

Una característica propia de la violencia es su gran diversidad y su permanente variabilidad. Es decir: la violencia –mejor aún: las violencias– se manifiestan de muy diversas maneras y con muy distintas intensidades en diferentes momentos y contextos. Es por esto que cualquier intento de trazar un perfil global de la violencia y sus implicaciones tiene un margen de riesgo muy grande, más aún en una región tan heterogénea como América Latina. El riesgo es mayor si uno ha estado muy cerca de una de las múltiples realidades particulares, tal como yo lo he estado de la violencia colombiana en las últimas dos décadas. Y el riesgo es aún mayor si no se dispone de información suficientemente rigurosa y completa en los períodos requeridos, como es todavía el caso en casi todas las formas de violencia, incluyendo la homicida. Sin desconocer lo aprendido de la muy violenta situación colombiana, ni pretender extrapolar los análisis y las interpretaciones de lo que pasa en Colombia a toda América Latina, y consciente de las limitaciones en la información disponible, el presente material intenta presentar algunos hechos y datos, y algunos elementos para la comprensión de la violencia homicida en la región y de su grave y creciente impacto a diferentes niveles.

Dentro de los lineamientos anteriores y tratando de cumplir el objetivo enunciado, el documento se desarrolla en cuatro partes, así: Perfil de la situación de violencia homicida en la región; Hacia un contexto explicativo; Niveles de impacto sobre la salud; Algunas acciones posibles desde la salud pública.

Perfil de la Situación

Asumiendo el promedio anual de 120.000 homicidios para América sugerido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2002) tendríamos que América aporta la cuarta parte de los 520.000 homicidios estimados para el mundo por la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2002). Para la región esto significaría además un total de 1.200.000 homicidios en la última década, una cifra preocupante que representa un grave problema de salud pública continental y que refleja algunos de los más complejos problemas que enfrenta la región.

La cifra bruta de homicidios dice mucho, pero oculta al mismo tiempo aspectos esenciales de la realidad homicida continental. Una mirada que intente desagregar esa cifra y distribuirla por países y por grupos de edad, sexo y condiciones socio-económicas de las víctimas ayuda a introducir elementos tanto aclaratorios como interrogantes aún no resueltos de la situación. A continuación se avanza un poco en esa dirección.

Con la información disponible se construyó el Cuadro 1, que representa la evolución de las tasas de homicidio en la región en las décadas del 80, 90 y comienzos del año 2000. Con las limitaciones ya anotadas y ciertas dudas sobre la veracidad de algunos de los datos, puede apreciarse un panorama complejo e ilustrador del problema del homicidio. Para el comienzo de los años 80, El Salvador presentaba la tasa más alta –41.1 homicidios por cada 100.000 habitantes– seguido muy de cerca por Colombia –37.2. En el nivel inferior se encontraban Panamá y Canadá, con una tasa de 2.1 homicidios/100.000 habitantes.

Una década después, al empezar los 90, Colombia pasa a ocupar el primer lugar en la magnitud del problema homicida al duplicar su tasa, llegando a 74.4 homicidios por cada 100.000 habitantes. Para entonces, los países de la región pueden reunirse en tres grupos en función de la tendencia de su tasa de homicidios. En primer lugar, los que aumentan la tasa de manera importante entre los que se encuentran –además de Colombia– Argentina, Brasil, República Dominicana, Ecuador, Panamá y Uruguay. En segundo lugar, el grupo de los que mantienen tasas estables, a saber: Canadá, Chile, El Salvador, México y Venezuela. Y en tercer lugar, aquellos que reducen sus tasas significativamente –como el caso de Nicaragua que, al superar su guerra, logra la más dramática reducción en las tasas de homicidio regionales, de 26.0 en 1977 a 4.0 en 1990– o inician una tendencia hacia descensos moderados, tales como Costa Rica y Estados Unidos.

El tercer grupo de datos mostrado por el Cuadro 1 corresponde a las tasas de homicidio actuales en la región, la mayoría al empezar la primera década del nuevo milenio. En compa-

ración con la década anterior y utilizando las mismas tres categorías anteriores –países con tendencia al incremento, a la estabilización y al descenso en sus tasas de homicidio– pueden observarse importantes variaciones. Colombia, a pesar de lograr cierta disminución en su tasa, mantiene un solitario primer lugar, con 64 homicidios por cada 100.000 habitantes. Brasil, Ecuador, Panamá y Venezuela registran los mayores incrementos en sus tasas. Mientras tanto, Canadá, Estados Unidos, El Salvador y México logran reducciones importantes de sus tasas de homicidio. Por otro lado, Argentina, Chile y Costa Rica se mantienen relativamente estables.

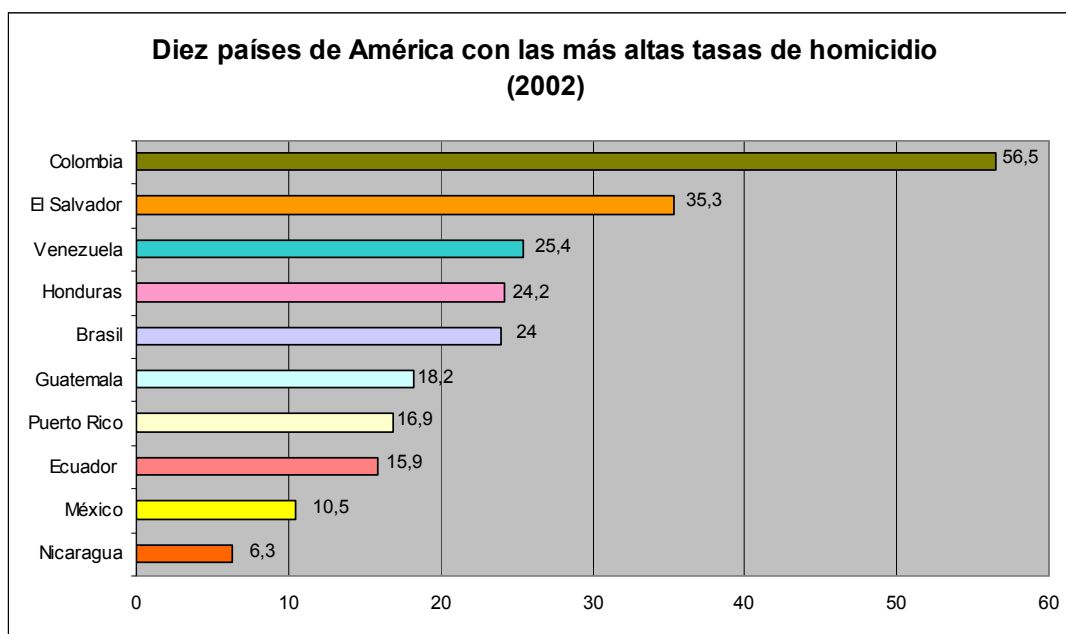
En el conjunto del período considerado por el Cuadro 1, el mayor factor de incremento lo tiene Panamá que multiplica su tasa por 5.1, seguida de Ecuador, Venezuela, Brasil y Colombia que prácticamente duplican sus tasas. Chile, Costa Rica y El Salvador las mantienen relativamente estables. El mayor descenso se registra en Nicaragua, mientras Canadá, los Estados Unidos y México logran reducciones importantes.

Cuadro 1 - Tasas de homicidio en América al iniciar las tres últimas décadas

PAÍS	AÑO	TASA	AÑO	TASA	AÑO	TASA	Fx de Variación
Argentina	1980	3.0	1990	5.2	1996	4.7	1.6
Brasil	1980	11.5	1989	19.6	2002	24.0	2.1
Canadá	1980	2.1	1990	2.1	1997	1.4	0.7
Chile	1980	2.8	1989	2.9	1994	3.0	1.1
Colombia	1981	37.2	1990	74.4	2002	64.0	1.7
Costa Rica	1980	5.7	1990	4.4	1995	5.4	0.9
Estados Unidos	1980	10.5	1990	9.8	2000	5.5	0.5
República Dominicana	1980	3.3	1993	4.8	2002		
Ecuador	1980	6.2	1990	10.1	2002	15.9	2.6
El Salvador	1981	41.1	1984	41.1	2002	35.3	0.9
México	1980	18.2	1990	18.2	2002	10.5	0.6
Nicaragua	1977	26.0	1990	4.0	2002	6.3	0.2
Panamá	1980	2.1	1989	5.2	1997	10.9	5.1
Uruguay	1980	2.6	1990	4.4	2002		
Venezuela	1980	11.7	1989	12.1	2002	25.4	2.2

Fuentes: OPS. Base de datos del sistema de información técnica; OPS. Indicadores básicos 2002; WHO. World Report on Violence and Health, 2002.

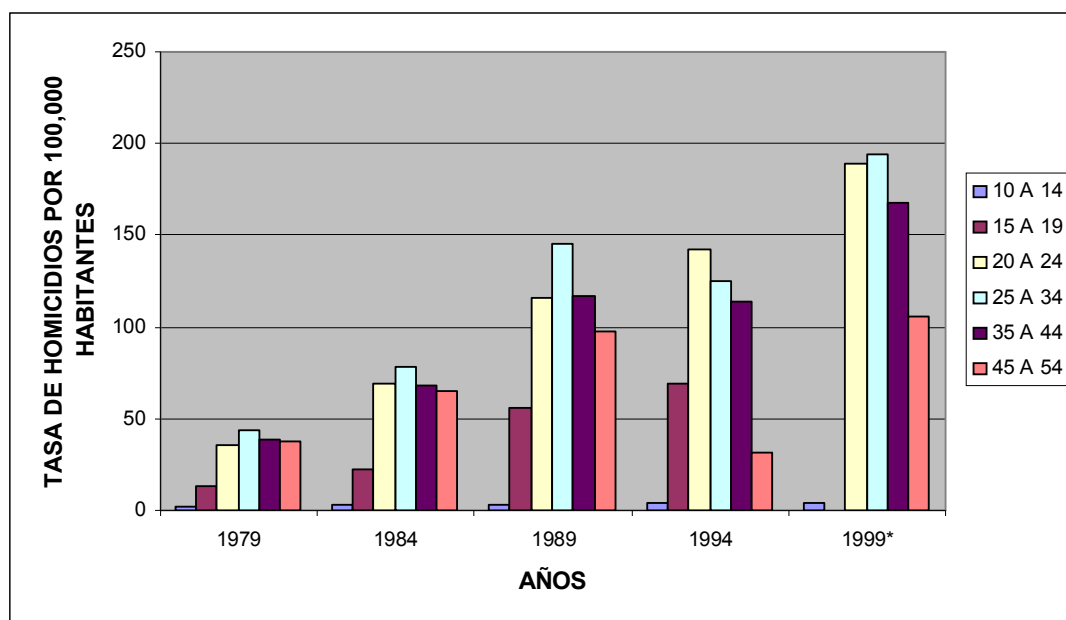
La Gráfica 1 representa los diez países de la región con las tasas más altas de homicidio al empezar la década actual. Colombia y El Salvador ocupan los dos primeros lugares con tasas muy superiores a las del resto de los países. Sigue un grupo de tres países, integrados por Venezuela, Honduras y Brasil con una tasa promedio de 24.5 homicidios por cada 100.000 habitantes. En tercer lugar, un grupo con una tasa promedio de 17 homicidios por cada 100.000 habitantes, integrado por Guatemala, Puerto Rico y Ecuador. Finalmente, México y Nicaragua con las tasas más bajas del grupo de países.

Gráfica 1

En conjunto, la tasa de homicidios para la región en la actualidad es de 14 por cada 100.000 habitantes, una tasa que resulta ser prácticamente igual a la tasa mundial de 13.7 homicidios por cada 100.000 habitantes, basada en los datos suministrados por la Organización Mundial de la Salud en el Informe Mundial sobre la violencia y la salud ya citado (WHO, 2002:10). Conviene aclarar que en el cálculo anterior se suman a los homicidios la categoría denominada por dicho Informe como "defunciones causadas por acciones bélicas" (WHO, 2002:10) por considerarlas también como homicidios.

Al igual que en el resto del mundo, en toda América las principales víctimas del homicidio son los hombres. A nivel mundial, el 77% de las víctimas de homicidio son hombres y el 23% mujeres (WHO, 2002:11). Este porcentaje varía mucho entre países y regiones. En Colombia, por ejemplo, el 93% de las víctimas de homicidio son hombres y el 7% mujeres (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, INMLCF, 2001), porcentajes práctica-

mente iguales a los de El Salvador en 1999: 92% de las víctimas de homicidio eran hombres y 8% mujeres. Obviamente estas marcadas diferencias porcentuales se expresan también en las tasas. Así, en Puerto Rico en 1999 la tasa masculina de homicidio fue de 34 homicidios por cada 100.000 habitantes, mientras la femenina fue de 3 homicidios por cada 100.000 habitantes.

Por grupos de edad, los jóvenes y los adultos jóvenes son las víctimas más frecuentes de la violencia homicida. Pero también aquí hay diferencias importantes. Mientras a nivel mundial la tasa más alta corresponde a los hombres entre 15 y 19 años de edad –19.4 homicidios por cada 100.000 homicidios–, en América los adolescentes entre 10 y 19 años de edad aportan el 29% del total de homicidios, y en Colombia los jóvenes entre 18 y 24 años presentaron en el año 2001 una alarmante tasa de 253 homicidios por cada 100.000 hab. El mismo grupo etario (18 a 24 años) pero ya no en todo Colombia sino en una de sus regiones más afectadas por la violencia, el Departamento de Antioquia, cuya capital es la ciudad de Medellín, presentó en el mismo año una tasa realmente escandalosa: 728 homicidios por cada 100.000 habitantes (Franco & Forero, 2003). En Colombia existe además el agravante de que las víctimas de homicidio son cada vez más jóvenes, pudiéndose observar en la secuencia de veinte años mostrada por la Gráfica 2 tanto el acelerado incremento de las tasas de homicidios en la población masculina joven en el período estudiado, como el hecho de la mayor juventud progresiva de las víctimas, haciéndose cada vez más visible el grupo infantil de 10 a 14 años.

Gráfica 2 - Mortalidad por homicidio en hombres, por grupos etarios y períodos quinquenales. Colombia, 1979-1999

Fuente de datos: Dane-INMLCF. Cálculo y diseño: S. Franco.

Al mirar tanto el panorama brevemente expuesto de la violencia homicida como los datos y análisis realizados por diferentes autores sobre diferentes formas de violencia en la región (De Roux, 1993; Minayo, 1994; Franco, 1997; Minayo et al., 1999), pueden enunciarse algunas características generales de dicha violencia que contribuyan a su comprensión y, sobre todo, a su enfrentamiento y eventual superación. Sin ninguna pretensión dogmática o excluyente, me atrevo a destacar aquí 'sólo tres de las características fundamentales de la actual violencia en América Latina, a saber: generalización, banalización y complejidad creciente'.

'La generalización' se refiere al proceso mediante el cual las formas violentas de relación –y para el caso paradigmático que nos ocupa, el de los homicidios– penetran la casi totalidad de los espacios, el tiempo y los escenarios de la vida individual y social. Es decir: una generalización espacial, temporal y relacional. Como se confirma cotidianamente en la experiencia individual de las latinoamericanas y los latinoamericanos en los diferentes medios de comunicación, hay cada vez menos espacios de la geografía continental, nacional y local que no estén cada vez más teñidos de sangre y violencia. Lo mismo acontece con el tiempo: no hay mes del año o día del mes en el cual no padezcamos o recibamos información de hechos violentos de diferente gravedad y a distancia variable de nuestra propia vida. También los diferentes escenarios en los cuales se desarrolla la vida de las personas y de las colectividades –tales como la política, la economía, el trabajo, la religión y hasta el deporte– han venido siendo progresivamente penetrados por las formas violentas de relación en la región. Esto hace que ya sea casi imposible encontrar países, individuos, lugares y organizaciones cuya historia reciente no esté relacionada con algún proceso o acontecimiento violento. Acontecimientos que, además, han contribuido de manera significativa a modificar las expectativas, los ambientes y las formas de comportamiento y de acción.

'La banalización' tiene que ver con la aceptación pasiva, la intrascendencia con la que se asume y su conversión en algo cotidiano con lo cual se convive. A fuerza de frecuente y polimorfa y de un manejo ligero por parte tanto de los medios como de las autoridades y hasta de los intelectuales, la violencia se va volviendo invisible, común e intrascendente. Convertida en parte rutinaria del noticiero o del periódico, en acontecimiento normal que sólo impacta si toca al círculo más próximo o a los personajes de la vida nacional e internacional, la violencia pierde su capacidad movilizadora y la sociedad, su capacidad de reacción frente a ella.

Un factor adicional contribuye a la banalización de la violencia: es el estereotipo socialmente dominante sobre la violencia como el resultado de la confrontación entre buenos y malos (policías contra asaltantes, soldados contra guerrilleros, la civilización contra el terrorismo). Se produce entonces un doble efecto: el suponer que uno siempre es parte de los buenos y el sentir el problema de la violencia como algo ajeno, lejano, una especie de expropiación de la violencia. En estas condiciones, el desinterés por el problema es mayor y las posibilidades de reacción, menores.

'La complejidad creciente' tiene que ver con la diversidad de factores y actores implicados en el origen, la dinámica, las manifestaciones y las consecuencias de la actual violencia en la

región. La violencia que vivimos hunde sus raíces en el entrecruzamiento de diversos factores y situaciones que, en cada momento, se relacionan y se hacen sentir de manera muy distinta. Es también compleja en su dinámica en la medida en que las fuerzas e intereses en tensión, los escenarios de los conflictos y la respuesta de los distintos actores van tomando ritmos, direcciones y modalidades también múltiples, cambiantes y, en ocasiones, relativamente imprevisibles. Son también muy complejas las consecuencias de la violencia actual en cuanto implican, como ya se señaló, casi todos los escenarios de la vida individual y social, afectan con diferente intensidad intereses particulares nacionales e internacionales y generan serios cuestionamientos al ordenamiento establecido en los campos jurídico-legal, ético-político, económico y cultural. La difusa frontera entre violencias políticas, sociales, estatales, familiares y delincuenciales; la relación de doble vía entre violencia e impunidad; el entrecruzamiento de intereses de los tráficos de armas y de narcóticos en la región; la rotación de actores entre los distintos grupos sociales y organizaciones político-militares en conflicto; la difusa frontera entre intereses nacionales y ciertos intereses trasnacionales; los abigarrados circuitos de razones políticas, situaciones económicas y pasiones acumuladas en las motivaciones para el actuar violento, son apenas algunas de las manifestaciones de la complejidad de la violencia actual.

Obviamente, el proceso de solución y superación de una situación o conflicto complejo es también complicado. Cuando existe tanto entrecruzamiento de intereses, motivaciones, actores, escenarios y consecuencias, es imposible pensar en una salida simple, de corto plazo y bajo costo. Lo complejo requiere soluciones complejas. Complejo no quiere decir imposible de resolver sino solucionable abordando los diversos factores, por los distintos actores, en tiempos reales y a costos proporcionales a los daños producidos y a los logros por obtener, que es el tipo de enfrentamiento que requiere la polimorfa violencia que se vive en la región.

Hacia un Contexto Explicativo de la Violencia en la Región

A partir de la investigación y la reflexión sobre el problema de la violencia en América Latina, y particularmente en Colombia, he venido planteando las limitaciones de quedarse sólo en la descripción de las violencias y las dificultades de trabajar con el concepto de 'causa', cuyo origen del griego *aitía* tiene un significado de acusación, de atribuirle algo a alguien en un contexto de predominio jurídico-penal, y cuyas principales acepciones en latín se relacionan con: origen o principio, razón o explicación, y motivo o dirección de un determinado fenómeno. Además de la desviación hacia la culpabilidad, que en el campo de la salud concentró durante muchos años el trabajo explicativo en la búsqueda de agentes etiológicos, el trabajo con el concepto de causa ha llevado a frecuentes unicausalismos, totalmente contrarios a fenómenos tan complejos como la violencia. Por lo anterior, he venido proponiendo (Franco, 1996, 1999) la categoría 'contexto explicativo' como un recurso conceptual y metodológico más adecuado para tratar de entender fenómenos como la violencia.

¿Qué es un contexto explicativo? “Entiendo por contexto explicativo a un conjunto específico de condiciones y situaciones culturales, económicas y político-sociales en las cuales se hace racionalmente posible entender la presentación y el desarrollo de un fenómeno” (Franco, 1996:5). Entonces no es sólo el entorno situacional del acontecimiento sino también el entramado relacional que lo hace posible y entendible. Se trata, en términos lógicos, de una especie de punto intermedio entre la descripción y la causalidad. Intenta ir más allá de la primera, pero acepta con realismo quedarse más acá de la segunda. Difiere de la descripción en la medida en que, a partir de ella y del conocimiento disponible sobre el fenómeno en cuestión, intenta establecer relaciones, condiciones de posibilidad y explicaciones lógicas. Pero no se desvela por la causalidad ni pretende sustituirla.

En el desarrollo de las múltiples discusiones sobre la categoría en cuestión, sus posibilidades y sus dificultades, he logrado precisar que, ‘esencialmente, lo que pretende el contexto explicativo es identificar los procesos y las condiciones que hacen históricamente posible y racionalmente comprensible un fenómeno’. Obviamente, esto abriría las puertas para acciones de transformación de la realidad.

Puede establecerse una especie de ‘tipología de contextos’ en el sentido de diferenciar los diversos contextos en función de su naturaleza, de su sustancia constitutiva. Así puede hablarse, por ejemplo, de ‘contexto económico, contexto político, contexto cultural, contexto religioso’, etc. Y, por la complejidad misma de la realidad, es frecuente que los contextos no se encuentren puros, sino en diferentes y cambiantes composiciones. Así, nos encontramos con contextos económico-políticos, o socio-culturales, o jurídico-penales. Igualmente, al hablar del contexto explicativo de un fenómeno puede encontrarse que haya un contexto particular que en buena medida dé cuenta de él (un evento particular puede entenderse, por ejemplo, en un contexto de franco predominio religioso). Pero parece más frecuente que la explicación de eventos complejos se encuentre en la intersección de varios contextos. Creo que es el caso de la violencia en América Latina. Es tal su fuerza y complejidad actual que parecería ingenuo pretender explicarla a partir de una variable, de un factor o de un contexto particulares.

Por su propia naturaleza, el/los contexto(s) explicativo(s) de un fenómeno actual es ‘provisional’. En presente, su validez se la otorga su propia capacidad explicativa, su textura lógica, su consonancia con el desarrollo y las tendencias del acontecimiento. En perspectiva, se la confiere su confirmación histórica. Esta se logra en la medida en que, al irse desarrollando y superando el fenómeno, se vayan esclareciendo de forma definitiva su dinámica y sus perfiles y, por lo tanto, resulten consistentes las relaciones lógicas formuladas en los contextos explicativos. Este carácter provisorio desestimula a los buscadores pragmáticos tanto de respuestas definitivas como de acciones y curaciones inmediatas. Pero parece estar más próximo de la realidad, de la exigencia de búsquedas permanentes y de la necesidad de ensayar-corregir respuestas y soluciones tanto globales como puntuales.

En la aplicación de la categoría 'contextos explicativos' a la realidad colombiana se fue identificando también la importancia de diferenciar en cada contexto las 'condiciones estructurales' –entendidas como las raíces y expresiones más profundas y constantes de los contextos explicativos enunciados– de los 'procesos coyunturales', considerados como detonantes y como el combustible más próximo e inmediato del problema en estudio. Esta diferenciación es de especial importancia tanto para evitar confusiones explicativas y exclusiones deliberadas de ciertos factores, como para aportar a la superación de la histórica confrontación entre los 'estructuralistas' y los 'coyunturalistas' en el abordaje analítico y propositivo de problemas como la violencia.

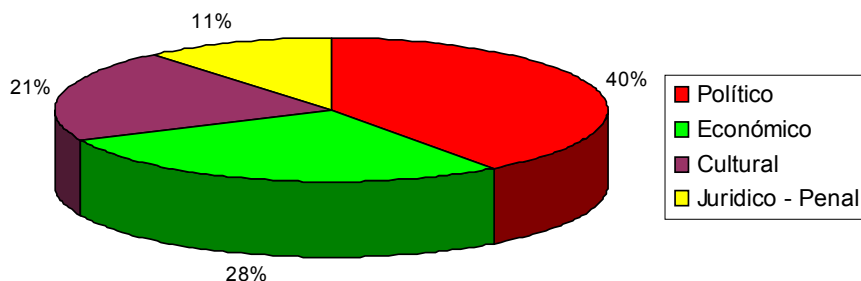
Existen muchos elementos, aportados por el trabajo de varios investigadores e investigadoras que sirven para construir los contextos explicativos e identificar sus condiciones estructurales y sus procesos coyunturales de la violencia en la región. Pero es un trabajo que realmente exige un esfuerzo colectivo paciente y sistemático de quienes trabajamos y quienes trabajarán en este campo. Dicho esfuerzo supera cualquier pretensión y trabajo particular. Sólo a manera de estudio de caso y sin pretender sugerir ningún modelo generalizable o alguna extrapolación indebida a la situación latinoamericana, me permito enunciar sintéticamente algunas de las formulaciones logradas en torno a los contextos explicativos de la violencia colombiana actual.

Como puede apreciarse en la Gráfica 3, construida a partir de entrevistas a diferentes actores, cruces de información y aportes teóricos previos de muchos autores, se han perfilado cuatro contextos principales de la violencia en el caso colombiano: uno predominante de carácter 'político', otro 'económico', un tercero 'cultural' y el cuarto, 'jurídico-penal'.

El contexto 'político' tiene que ver fundamentalmente con el conflicto armado interno que vive el país; con la progresiva ausencia, suplantación y pérdida de legitimidad del Estado, agravada por los procesos de corrupción y la hipertrofia de los imperativos macroeconómicos sobre las respuestas a las necesidades sociales; con la intolerancia en el reconocimiento y la tramitación de las diferencias, y con el bajo nivel de organización y participación social y política del conjunto de la población.

El contexto 'económico' se relaciona en particular con la creciente inequidad en la distribución tanto de la riqueza, la tierra y los ingresos como del poder, los bienes sociales y los recursos de todo tipo. Forma también parte de este contexto el grave problema narco, que incluye los procesos de producción, procesamiento y mercantilización de substancias psicoactivas que producen dependencia, problema que ahora se extiende también a las formas con las cuales el Estado lo ha venido enfrentando bajo las orientaciones e intereses de los Estados Unidos.

El contexto 'cultural' tiene tres componentes fundamentales, a saber: la cuestión de los valores (crisis, desfases, moral múltiple, falta de valores y pautas comunes); los problemas educativos, en especial la cobertura, calidad y métodos de los sistemas educativos formales e informales; y las dimensiones psicoafectivas.

Gráfica 3 - Contextos explicativos de la violencia en Colombia

Finalmente, el contexto 'jurídico-penal' tiene que ver con la impunidad dominante y casi interiorizada e institucionalizada, con el sistema judicial en buena parte inadecuado e infuncional, y con un sistema penitenciario desbordado y en crisis.

A la luz de los contextos explicativos anteriores, se identificaron tres condiciones estructurales: inequidad, impunidad e intolerancia, y tres procesos coyunturales: el conflicto armado interno, la actual configuración y funcionamiento del Estado, y el problema del narcotráfico. Esta matriz interpretativa, provisional e incompleta, permite sin embargo aportar elementos importantes para el abordaje del complejo problema de la violencia colombiana y, ojalá, para avanzar en el estudio y la comprensión de la violencia latinoamericana.

Niveles de Impacto de la Violencia sobre la Vida y la Salud

En principio pueden diferenciarse 'tres niveles' principales en los cuales se percibe el impacto negativo que tiene la situación de violencia tanto sobre la vida como sobre el bienestar de la población y sobre el sector de la salud.

En primer lugar, la violencia está produciendo 'la pérdida de un gran número de vidas humanas en la región'. Ya se señaló que sólo por homicidios la región pierde 120.000 vidas humanas cada año. Pero, además, por suicidios se pierden en promedio 55.000 vidas más anualmente (OPS, 2002:305), especialmente en Cuba, Uruguay, Canadá y Estados Unidos, países que ocupan los primeros lugares en las tasas regionales de suicidio.

Pero no se trata sólo del número de vidas perdidas. Se trata además de que son vidas de altísimo costo social, pues dada la juventud de la mayoría de las víctimas –especialmente en el caso del homicidio– y el significado de muchas de ellas en diferentes campos, resultan pérdidas afectivas, económicas y políticas muy grandes e imposibles de recuperar. El indicador del número de años de vida potencial perdidos es muy elocuente. En el caso colombiano, por ejemplo, si la edad promedio de las víctimas es de 30 años, la esperanza de vida al nacer

es –para los hombres– próxima a los 68 años y se producen 25.000 homicidios al año, el país está perdiendo anualmente 950.000 años de vida potencial. ¿Y cómo medir además el impacto de la orfandad, la viudez, la tristeza y la descomposición familiar producidas por las violencias?

En segundo lugar: no cabe duda de que 'la violencia constituye un serio factor de deterioro de la calidad de vida de la población'. Este efecto puede observarse tanto a nivel individual como colectivo. A nivel individual, las víctimas directas e indirectas de las diferentes formas de violencia experimentan sensaciones de dolor, impotencia, pérdida, tristeza, miedo, intranquilidad e inseguridad, todas ellas negativas para una vida digna y amable. El impacto se extiende entonces desde el nivel físico, en el cual se registran lesiones, se incrementan patologías y se pueden dar incapacidades y disfunciones de diferente tipo, hasta el psico-emocional, en el cual se producen alteraciones que pueden llegar hasta situaciones incompatibles con el normal desempeño cotidiano. Las alteraciones de los apetitos, del sueño, la ansiedad y la depresión son algunos ejemplos frecuentes de este tipo de consecuencias. La generalización de la violencia puede llevar también a cambios importantes en los estilos de vida de las personas. De hecho en ciertos casos se han modificado los horarios de algunas actividades sociales, se han reducido los espacios de movilización y recreación, y un número cada vez mayor de personas se ve forzado a recurrir a complejos mecanismos de seguridad, con la consiguiente pérdida de privacidad y el incremento de tensiones. A nivel colectivo, la violencia contribuye a destruir el tejido social, a desarticular los valores y las normas socialmente pautadas, a dificultar el funcionamiento de los mecanismos de reacción social, a generar actitudes de desconfianza, a deslegitimar ciertas instituciones y a crear un clima generalizado de desesperanza e incertidumbre. El exilio y los desplazamientos que produjeron las guerras y los conflictos político-militares en algunos países centroamericanos y del Cono Sur en las décadas de los 70 y los 80 del siglo pasado más el masivo desplazamiento actual de población colombiana como consecuencia del conflicto armado interno, son evidencias dolorosas del total deterioro de la calidad de la vida producido por ciertas formas de violencia.

En tercer lugar: 'son múltiples y graves las consecuencias de la violencia actual sobre el sector Salud'. El sector se ha ido sobrecargando por la demanda asistencial a las víctimas directas e indirectas de la violencia, tanto en la fase aguda de los problemas –atención de urgencias, remisión inmediata, necropsias– como en el manejo de las secuelas físicas y psico-sociales, individuales y colectivas. Por el tipo de armas empleadas y por los incrementos de la crueldad, la atención de urgencias requiere niveles cada vez mayores de complejidad, con el consiguiente incremento de costos y recursos. Con un método y con indicadores bastante discutibles, un estudio en tres países de la región (Suárez, 1994) se arriesgó a estimar entre US$ 3.600 millones y US$ 5.600 millones el costo de las atenciones a las víctimas de la violencia. Según el mismo estudio, "este monto representa entre el 4 y el 7% del gasto nacional en salud (público y privado) del conjunto de países de la región" (Suárez, 1994:36). Un estudio realizado a finales del siglo pasado en seis países de América Latina (Londoño, & Guerrero, 1999) estimó los costos de la atención médica a las víctimas de las violencias en US$ 2.000 millones, y la pérdida

de capital humano por la muerte o discapacidad de las víctimas en US$ 17.000 millones. Para 1997, se estimaba que la atención a las víctimas de la violencia en Colombia consumía entre una tercera y una cuarta parte de los recursos y de la planta instalada tanto física como de recursos humanos de las instituciones de salud.

El carácter generalmente urgente de la demanda asistencial por violencia hace también que se desplace la atención de otras patologías y de otro tipo de pacientes, generándose una postergación de problemas de alta prevalencia, de gran importancia social y, en ocasiones, de mal pronóstico.

Hay un aspecto al cual, en mi concepto, no se le ha prestado suficiente atención: es el impacto que la violencia está teniendo sobre los contenidos y los procesos de formación del personal de salud. En la práctica, al enfrentar el personal sanitario su papel en la atención a las víctimas de las diferentes formas de violencia y –más aún– al ejercer su profesión en situaciones y áreas de conflicto armado, evidencia una serie de carencias, desconocimientos e inadecuaciones que en algunos casos tienen consecuencias graves tanto para el propio personal como para las instituciones sanitarias y la población atendida. El cuestionamiento implica los contenidos transmitidos en el proceso de formación, los métodos de aprendizaje, las destrezas adquiridas, los valores cultivados y las prácticas institucionalizadas del ejercicio profesional.

Finalmente, en casos de conflicto armado interno o internacional, se registran con frecuencia graves infracciones la Misión Médica. Lo sucedido recientemente en la invasión de los Estados Unidos y Gran Bretaña a Irak, y lo que sucede casi cotidianamente en el conflicto colombiano, obliga a una breve consideración sobre el tema. Se entiende por Misión Médica (MM) el conjunto de personas, acciones, instituciones y recursos dedicados a atender los problemas de salud de la población y, en momentos de conflicto, a atender las víctimas de todos los frentes. Pues bien, la información de prensa fue suficientemente explícita en el desconocimiento sistemático del Derecho Internacional Humanitario y en las graves violaciones a la MM por parte de las fuerzas enfrentadas en territorio iraquí. Según un estudio realizado por el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR, 1998) sobre infracciones a la misión médica en el conflicto armado colombiano, entre 1995 y 1998 se produjeron 468 infracciones. La mayor parte de ellas se refería a acciones contra la vida y la integridad personal, seguidas por los atentados contra la infraestructura sanitaria. En el mismo período, 341 personas vinculadas al sector fueron víctimas directas del conflicto, 56 de ellas asesinadas. Según la entidad gremial que agrupa a los trabajadores de hospitales y clínicas del país (Anthoc, 2003) en los 30 meses comprendidos entre 2001, 2002 y hasta junio de 2003, se registraron un total de 654 infracciones contra la MM en Colombia, incluyendo 93 asesinatos de funcionarios o de personal bajo protección médica. Un estudio reciente sobre el tema, realizado en 11 municipios de dos departamentos del país (Báez, Madroñero & Franco, 2003) llama la atención sobre dos aspectos de especial importancia: el desconocimiento generalizado del Derecho Internacional Humanitario y de la Misión Médica por parte del personal que trabaja en el sector Salud incluso en áreas de intenso conflicto armado –el 52% del personal interrogado manifestó no tener ningún

conocimiento sobre el DIH y otro 44% afirmó tener escaso conocimiento del mismo– y la casi total ausencia de apoyo por parte del Estado y de entidades no gubernamentales: el 98% de los entrevistados manifestó no haber recibido ningún tipo de apoyo y sólo un 2% reconoció haber recibido algún apoyo de índole laboral.

Algunos Retos y Propuestas Desde la Salud Pública Frente a la Violencia en la Region

Como se ha ido viendo a lo largo de este documento, son múltiples tanto los desafíos como las posibilidades que la violencia le plantea al sector Salud en la región. Antes de enunciar algunos de ellos, conviene insistir en dos de los errores más frecuentes en el abordaje de la violencia desde la salud.

Posiblemente la respuesta más inadecuada que puede dar el sector Salud a la violencia es 'el desconocimiento, la inconsciencia y la apatía ante el problema'. Como consecuencia tanto del actual proceso formativo de los profesionales y técnicos del sector como del mecanismo psicológico de negación del problema, agravado en ocasiones por el papel inadecuado de algunos medios de comunicación al convertir la violencia en mercancía que vende en acontecimiento ajeno y distante, varias instituciones y muchas personas del sector actúan como si el problema de la violencia fuera ajeno y hubiera que esperar a que la respuesta y la solución vinieran de otras personas, instituciones o países. Es preciso reconocer que esta actitud de inconsciencia y apatía sigue predominando en buena parte de las instituciones dedicadas a la formación del personal de salud y en muchas de las que tienen a su cargo la orientación y la administración sectoriales. La gravedad de la situación hace tiempo que demanda un cambio fundamental de este tipo de actitudes.

La otra respuesta inadecuada del sector Salud consiste en tratar de 'medicalizar la violencia'. Es decir: pretender transferir la lógica del saber médico al abordaje, comprensión y enfrentamiento de la violencia, y –por consiguiente– las estrategias, mecanismos y métodos de intervención dominantes del sector. Se pretende así entender la violencia como una enfermedad, con su historia natural, sus factores de riesgo, sus síntomas y signos. Y, peor aún, se procede entonces a enfrentarla como tal –como una enfermedad– señalando los agentes patógenos y las víctimas inocentes, y aplicando terapias individuales o ensayando intervenciones puntuales. Se da por descontado que el saber médico puede hacer aportes significativos a la comprensión de ciertas dimensiones de la violencia a escala individual y colectiva, que el personal de salud debe participar activamente en el abordaje del problema y en la construcción de alternativas de superación, y que es preciso incluir ciertas medidas preventivas e intervenciones directas en su enfrentamiento. Lo que se critica no son los aportes positivos del saber y el hacer médicos y del personal del sector, sino el intento de reducir el problema al esquema clínico-asistencial y a la racionalidad biológica-individual, el intento de apropiarse de manera excluyente de un problema cuya naturaleza trasciende la parcelación reinante del saber y del hacer científico-social de las personas y las instituciones.

Partiendo de las respuestas más específicas y culminando con retos y tareas de mayor interacción social, se enuncian a continuación algunos de los campos en los cuales el sector de la salud y sus integrantes podemos y debemos hacer aportes importantes a la comprensión, enfrentamiento y superación de las distintas formas de violencia.

- Adecuada atención a las víctimas. Es la expectativa social más inmediata. Al sector le corresponde la atención y eventual recuperación de las víctimas de las distintas formas de violencia. Y debe hacerlo de manera oportuna, adecuada y eficiente. Para lograrlo se requieren trasformaciones de fondo, tanto en el proceso formativo del personal como en la estructuración, distribución y funcionamiento de los servicios asistenciales. No es lo mismo atender una enfermedad del tracto génito-urinario femenino que a la víctima de una violación sexual. Ni supone la misma espera una enfermedad crónica que una herida de bala en el corazón o en el pulmón. Obviamente los cambios y las adecuaciones requieren la aceptación y comprensión del problema, más el tiempo y los recursos necesarios para implementarlos.

  Es conveniente resaltar también la corresponsabilidad que tiene el sector en el 'registro cuidadoso y sistemático de los eventos violentos'. La carencia, la irregularidad o la inconsistencia en los registros dificulta el mejor conocimiento y limita las posibilidades de dar una respuesta adecuada al problema. Dadas las implicaciones legales que puede tener la atención de muchos hechos violentos, deben discutirse y definirse conjuntamente con otros sectores los niveles de responsabilidad legal del sector Salud.

- Prevenir lo prevenible de las violencias. Un ejemplar de la revista de la Asociación Brasilera de Postgrado en Salud Colectiva (Abrasco, 1999) se dedica en su totalidad a discutir y aportar en torno a una pregunta: "¿Es posible prevenir la violencia?". La discusión sigue abierta, pero resulta claro que la prevención tiene tanto límites como posibilidades al momento de abordar problemas de cierta complejidad, como la violencia. Además ya existe cierta experiencia acumulada –en algunos casos, exitosa– en acciones de prevención de determinadas formas de violencia.

  Si bien es cierto que el modelo y las prácticas de prevención tienen sus propias limitaciones y sería un error pretender resolver el complejo y cambiante problema de la violencia sólo mediante ellas, es válido el aporte que el sector Salud ha hecho y puede seguir haciendo en identificar procesos y factores en los cuales se puede intervenir para prevenir situaciones, conductas y hechos violentos. Los ejemplos concretos los constituyen las campañas para reducir el consumo de alcohol y la portación de armas, y su disponibilidad en ambientes familiares y estudiantiles. Hay todavía un vasto campo de acciones preventivas posibles para reducir violencia, identificarlas e implementarlas es en buena parte responsabilidad del sector y de su personal.

- Promoción de la salud. Es otra área de grandes posibilidades para contribuir al enfrentamiento de las violencias. Tiene como ejes el señalamiento y defensa del derecho a la vida y a la salud como un derecho fundamental, la construcción colectiva de valores positivos –como la solidaridad, la equidad, la tolerancia a la diferencia– y de pautas de conducta coherentes con dichos valores, y la prioridad del bienestar al momento de las decisiones individuales y colectivas. Es un campo de acción complejo pero muy promisorio, que implica transformaciones de fondo en los valores, los criterios y las prácticas, al tiempo que se empeña en hacer de la vida en dignidad y de la salud el objetivo central de la

sociedad y del Estado. En general, el trabajo en promoción de la salud es aún embrionario en el campo de la violencia.

- Mejorar la formación del personal de salud. Se enunciaron anteriormente las graves carencias existentes en la formación del personal del sector tanto en los aspectos conceptuales como actitudinales, de destrezas específicas para entender y enfrentar el problema y las consecuencias de las violencias. Sigue siendo muy escaso el tiempo dedicado a esta temática en el proceso de formación técnica, profesional y especializada en salud. La ignorancia generalizada sobre el tema del Derecho Internacional Humanitario en un país en guerra es, como ejemplo, un indicador preocupante al respecto. Pero hay también graves vacíos en aspectos éticos, históricos, psicológicos, de modelos de atención específicos para algunas de las situaciones más complejas planteadas por las violencias, y aún en cuestiones de tipo técnico-operativo.

  Posiblemente, el mejor mecanismo para superar estas carencias no sea el de crear nuevas cátedras, sino el de integrar la temática de la violencia en las asignaturas y áreas del saber ya existentes. Pero esto supone la existencia de personal con el interés y la formación suficientes para saber producir y trasmitir conocimientos sólidos, destrezas adecuadas y, en especial, una actitud responsable y positiva ante la magnitud y dinámica del problema.

- Intensificar la investigación y el debate. En términos relativos, la violencia es mucho menos estudiada y debatida en el sector Salud que otros problemas de menor prevalencia y magnitud. Es urgente darle mayor presencia en la investigación, en la construcción de conocimiento y en los debates académicos de este sector. Se requieren los aportes de la epidemiología, la clínica, la fisiología, la psiquiatría, la pediatría y muchos otros campos del saber médico para comprender –de la mano con la economía, la historia, la antropología, la sociología, la ética y el derecho– la racionalidad, la lógica y las dinámicas de la guerra y las violencias. Debe ser un esfuerzo descriptivo y analítico, cualitativo y cuantitativo, local y regional, nacional e internacional. Y debe llevar no sólo a conocer mejor sino también a ayudar a superar el problema.

- Respeto al Derecho Internacional Humanitario y a la Misión Médica. Este aparte se refiere específicamente a países en situaciones de guerra civil o internacional. El respeto al DIH implica la aceptación explícita y práctica por parte de todos los actores de la guerra a los mínimos éticos y humanitarios que deben acatarse justamente en situación de guerra, y a los cuales se ha llegado a partir de experiencias trágicas en múltiples conflictos internacionales anteriores. En la guerra colombiana actual el respeto al DIH y a la MM significa como mínimo: no más sevicia con las víctimas; excluir a los niños y a la población civil del conflicto y garantizar el pleno cumplimiento de las distintas actividades relacionadas con la misión médica. Esas tres condiciones incluyen una gran variedad de situaciones concretas, entre las cuales merecen destacarse: el respeto a los heridos y a los cadáveres; la no utilización indebida de ambulancias, hospitales y lugares e insumos dedicados a la atención de enfermos y heridos; detener las masacres y demás formas de asesinato en condiciones de indefensión; no forzar al personal dedicado a la atención médica a realizarla en condiciones indebidas o contrarias a sus principios éticos; no seguir desollando o descuartizando a las víctimas o empleando métodos de asesinato tan bárbaros como las sierras eléctricas. El nivel de degradación al cual ha llegado el conflicto armado colombiano, hace más urgente la reacción social y el compromiso de todos los sectores y en particular del sector de la salud, por lograr la inmediata y plena vigencia del DIH y del respeto a la Misión Médica.

- La salud como campo de construcción y ejercicio de la ciudadanía. Más allá de la identidad profesional y del consiguiente ejercicio científico-técnico, quienes pensamos y trabajamos en salud tenemos también nuestra naturaleza político-social, es decir: somos ciudadanos. Como tales hacemos parte de una sociedad determinada y de la sociedad global; tenemos derechos civiles y políticos y tenemos también responsabilidades ante los diferentes colectivos de los que participamos. El doble carácter profesional y ciudadano nos obliga a entender la especificidad de las enfermedades y problemas de salud, y al mismo tiempo a trascender lo inmediato y avanzar hacia las raíces estructurales y las interacciones más complejas de los fenómenos político-sociales. Por eso también la práctica nos demanda un ejercicio profesional serio y neutral, y un ejercicio ciudadano activo, participante y tolerante.

Todo lo anterior implica que en el caso concreto del abordaje de la violencia requerimos simultáneamente de conocimientos médicos especializados, y de conocimientos sólidos en las áreas y disciplinas que ayudan a la comprensión de la violencia, como la historia, la economía, la sociología y la antropología. Igualmente, es preciso prestar adecuados servicios asistenciales tanto clínicos como preventivos y al mismo tiempo contribuir a la vigencia de valores y prácticas políticas que hagan posible eliminar los factores y condiciones que hacen posible o estimulan las violencias. El trabajo por la equidad, por la democracia real, por el respeto al valor de la vida, por la garantía del derecho a la salud y por políticas de salud que den vida a esos valores, esto forma parte del ejercicio ciudadano y de la acción social por enfrentar la violencia.

No es correcto pretender ocultar la apatía y el desinterés detrás de una presunta neutralidad técnico-instrumental. La necesaria neutralidad en la prestación de servicios asistenciales a todas las víctimas de cualquier forma de violencia no exime al personal sanitario de su obligación ciudadana de pensar y actuar como sujeto político ante las múltiples violencias.

Referencias Bibliográficas

ABRASCO. Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva. *É possível prevenir a violência? Ciência e Saúde Coletiva*, 4(1), 1999.

ANTHOC. Asociación Nacional de Trabajadores de Hospitales y Clínicas.Resumen de las infracciones a la Misión Médica atendidas al 2003. Bogotá: Anthoc, 2003. (Policopiado.)

BÁEZ, L.; MADROÑERO, V. & FRANCO, S. El conflicto armado interno y su impacto sobre la misión médica en Colombia: el caso de once municipios de Nariño y Boyacá. *Revista Odontología Unacional*, 22(2):23-29, jun. 2003.

CICR. Comité Internacional de la Cruz Roja. *Infracciones a la Misión Médica en el Conflicto Armado Colombiano 1995-1998.* Bogotá: CICR, 1998.

DE ROUX, G. *Ciudad y Violencia en América Latina.* Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1993.

FRANCO, S. *Contextos Explicativos de la Violencia en Colombia*, 1996. Proyecto de Tesis para optar el título de Doctor en Salud Pública, Río de Janeiro: Escuela Nacional de Salud Pública de la Fundación Oswaldo Cruz, Santafé de Bogotá.

FRANCO, S. Violence and health in Colombia. *Pan American Journal of Public Health*, 2(3):170-180, 1997.

FRANCO, S. *El Quinto: No Matar. Contextos explicativos de la violencia en Colombia*. Bogotá: Iepri, Universidad Nacional, Tercer Mundo Editores, 1999.

FRANCO, S. & FORERO, L. J. Salud y paz en un país en guerra: Colombia, año 2002. In: FRANCO, S. et.al. (Eds.) *La Salud Pública Hoy: enfoques y dilemas contemporáneos en Salud Pública.* Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2003.

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES. *Forensis 2001: datos para la vida.* Bogotá: INMLCF, 2001.

LONDOÑO, J. L. & GUERRERO, R. *Violencia en América Latina: epidemiología y costos.* Washington: Banco Interamericano de Desarrollo, 1999. (Documento de trabajo R-375)

MINAYO, M. C. A violência social sob a perspectiva da Saúde Pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(supl.1):07-18, 1994.

MINAYO, M. C. et al. *Fala, Galera: juventude, violência e cidadania na cidade do Rio de Janeiro.* Rio de Janeiro: Garamond, 1999.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *La Salud en las Américas.* Washington: OPS, 2002. Vols. I y II. (Publicación científica y técnica, 587)

SUÁREZ, R. *El Impacto Económico de la Violencia sobre las Instituciones de Salud en Países de América Latina y el Caribe: informe preliminar.* Washington: Interact Consulting Group Inc., 1994.

WHO. *World Health Report on Violence and Health.* Geneva: World Health Organization, 2002.

35. IMPACTO DA VIOLÊNCIA NO BRASIL E EM ALGUNS PAÍSES DAS AMÉRICAS

Edinilsa Ramos de Souza

Do ponto de vista da saúde, em âmbito internacional, as causas externas constituem um conjunto de eventos que engloba todas as formas de acidentes e as violências propriamente ditas. Elas estão codificadas na Classificação Internacional de Doenças (CID), em sua 10ª revisão. A mortalidade está contemplada no capítulo XX, com a denominação 'Causas externas de morbidade e de mortalidade', sob os códigos V01 a Y98; a morbidade corresponde ao capítulo XIX, com a denominação de 'Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas', sob os códigos S00 a T98.

Nas grandes cidades do mundo e em alguns países, como é o caso do Brasil, os dados epidemiológicos têm mostrado crescimento da morbidade e da mortalidade por causas externas nas duas últimas décadas. Tomando-se como parâmetros essas duas categorias com as quais as saúde trabalha, verifica-se que a violência tem vitimizado ampla camada de populações cujas características majoritárias, quase que universais, são as de um grupo de pessoas jovens, do sexo masculino, residentes em áreas periféricas e/ou menos favorecidas das grandes metrópoles urbanas e, portanto, socioeconomicamente carentes; em geral possuem baixa escolaridade e são preferencialmente negros ou descendentes dessa etnia.

Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o ano de 2000 destacam que morreram cerca de 1,6 milhões de pessoas no mundo inteiro como resultado da violência (Krug et al., 2002): 25% dessa mortalidade foram por acidentes de transporte, 16% por suicídio, 10% violência interpessoal, 9% por afogamento, entre outras (World Health Organization, 2002). Ainda segundo a OMS, nos países da África e das Américas a mortalidade por homicídio é quase três vezes maior do que a mortalidade por suicídio, enquanto na Europa e no sudeste da Ásia os índices de suicídio é que são mais elevados: mais que o dobro dos de homicídio. A taxa estimada de suicídio para 2000 correspondia a 19,1 para cada 100 mil habitantes e a de homicídio era de 8,4 por 100 mil habitantes na região européia. No sudeste da Ásia, a taxa de suicídio era de 12 para cada 100 mil habitantes, enquanto a de homicídio era de 5,8 por 100 mil habitantes. No Pacífico Ocidental, os índices de mortalidade por suicídio (20,8/100 mil) eram cerca de seis vezes maiores que os de homicídio (3,4 para cada 100 mil).

Entre 1990 e 2000, a taxa de mortalidade por lesão intencional (lesões autoprovocadas intencionalmente, agressões, intervenções legais e operações de guerra) foi 27,7 por 100.000 habitantes no Brasil. Observando-se as taxas de outros países, vê-se que a Colômbia teve a taxa mais elevada, 65,1; o México, 19,8; a França, 15,6; a Alemanha, 11,5; e a Argentina, 11,4.

De acordo com dados do *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde* (Krug et al., 2002), constata-se que as taxas brasileiras, de 1990 a 2000, estão mais próximas às da Colômbia e às da região africana do que às dos países da Europa. Quando se trata dos índices de mortalidade masculina por lesões intencionais, o Brasil aparece com a taxa de 50,2; Colômbia, 122,4; México, 36,5; França, 24,1; Argentina, 19,0 e Alemanha, 17,7. A taxa de homicídios no Brasil foi de 23 por 100.000 habitantes, a da Colômbia foi de 61,6 por 100.000 habitantes. Já na região africana como um todo, a taxa estimada para o ano de 2000 foi de 22,2 por 100.000 habitantes. Enquanto isso, observam-se para alguns países europeus taxas comparativamente muito baixas, como as da Dinamarca (1,1); França (0,7); Alemanha (0,9); Grécia (1,2); Portugal (1,1); Reino Unido (0,8); Espanha (0,8), entre outros. As maiores taxas encontradas na Europa foram as da Albânia (21) e Federação Russa (21,6).

No panorama brasileiro, as causas externas constituem o segundo grande grupo gerador de mortes, em seguida às doenças do aparelho circulatório. Para a faixa etária dos 5 aos 39 anos, elas são a principal causa de morte no país. As taxas de mortalidade por causas externas variam de acordo com o sexo e a idade. No *ranking* geral de óbitos elas ocupam a segunda posição na mortalidade masculina e situam-se no quinto lugar nas causas de mortes femininas. A sobremortalidade de homens em relação às mulheres no Brasil é de 5:1, ou seja, a cada cinco homens que morrem por acidentes e violências, ocorre o óbito de uma mulher (Mello Jorge & Gotlieb, 2000). Esse risco e essas relações se intensificam quando se considera o grupo dos jovens em certas capitais brasileiras. Nesse grupo social, as causas externas são a primeira causa de morte, e os rapazes chegam a ter a sobremortalidade de 13 óbitos para cada um de moças, quando a causa geradora é o homicídio.

Em 2000 foram 199 mil homicídios de jovens (9,2 por 100.000 habitantes) no mundo devidos à violência interpessoal, o que significa 565 óbitos por dia na faixa dos 10 aos 29 anos. As taxas variam, sendo baixas em países com alta renda e elevadas em países de renda baixa (Krug et al., 2002).

A Tabela 1 apresenta um resumo das taxas de homicídios no grupo de 10 aos 29 anos de idade em alguns países do mundo.

Tabela 1 - Taxas de homicídios, geral e por sexo, e sobremortalidade masculina, no grupo dos 10 aos 29 anos, segundo alguns países

Países	Taxas de homicídios (por 100.000 habitantes)			Sobremortalidade masculina
	Geral	Masculino	Feminino	
Argentina (1996)	5,2	8,7	1,6	5,5
Brasil (1995)	32,5	59,6	5,2	11,5
Chile (1994)	3,0	5,1	n.c.	n.c.
Canadá (1997)	1,7	2,5	0,9	2,7
Colômbia (1995)	84,4	156,3	11,9	13,1
Costa Rica (1995)	5,5	8,4	n.c.	n.c.
Cuba (1997)	9,6	14,4	4,6	3,2
El Salvador (1993)	50,2	94,8	6,5	14,6
Equador (1996)	15,9	29,2	2,3	12,4
Espanha (1998)	0,8	1,2	0,4	2,9
Estados Unidos (1998)	11,0	17,9	3,7	4,8
Federação Russa (1998)	18,0	27,5	8,0	3,4
França (1998)	0,6	0,7	0,4	1,9
Hungria (1999)	1,4	1,4	1,5	0,9
Japão (1997)	0,4	0,5	0,3	1,7
México (1997)	15,3	27,8	2,8	9,8
Nicarágua (1996)	7,3	12,5	n.c.	n.c.
Paraguai (1994)	10,4	18,7	n.c.	n.c.
Porto Rico (1998)	41,8	77,4	5,3	14,5
Uruguai (1999)	3,6	4,5	n.c.	n.c.
Venezuela (1998)	25,0	46,4	2,8	16,5

n.c. = dado não calculado

Fonte: Krug et al., 2002.

Como se pode ver na Tabela 1, há variações das taxas de homicídios entre os países. O Brasil, juntamente com a Colômbia, El Salvador e Porto Rico, destaca-se com as mais elevadas taxas; Equador, México, Paraguai e Venezuela apresentam taxas intermediárias. Junto com esses países encontram-se os Estados Unidos e a Federação Russa. Finalmente, Argentina, Chile, Costa Rica, Nicarágua e Uruguai aparecem com as menores taxas de mortes por homicídios. Ao lado deles estão Japão, Hungria, França, Espanha, Cuba e Canadá.

É importante destacar a sobremortalidade masculina em todos os países nos quais os dados foram calculados, exceto na Hungria, onde há uma equivalência das taxas entre os sexos, sobrepondo-se um pouco a mortalidade feminina. Nos demais, morrem muito mais homens por homicídios. Na Venezuela, por exemplo, a razão chega a ser de 16 óbitos masculinos para cada morte feminina por homicídio.

Ao longo das duas últimas décadas a mortalidade por causas externas variou não só em função da magnitude do conjunto desse grupo de causas, mas também internamente, em seus subgrupos. De 1979 a 1989, no Brasil, o subgrupo com taxas mais elevadas foi o relativo aos acidentes de trânsito, seguido pelo dos homicídios. A partir de 1990, esses últimos passaram a ser a principal causa de morte dentro do grupo das causas externas, superando os acidentes de trânsito. Os homicídios eram responsáveis por 19% das mortes por causas externas na década de 80 e chegaram a 30% na década de 90 (Mello Jorge & Gotlieb, 2000; Minayo, Souza & Silva, 2001). Mundialmente, no período de 1985 a 1994 seu crescimento está associado ao porte e uso de arma de fogo, sobretudo entre jovens de 10 a 24 anos (Krug et al., 2002).

As taxas de mortalidade por suicídio são consideradas baixas no país, mas se mostram crescentes na população de jovens e de adultos jovens, principalmente do sexo masculino. Nas principais capitais brasileiras a mortalidade de jovens de 15 a 24 anos apresentou um crescimento de 42,8% no período de 1979 a 1998, enquanto na população geral, para o mesmo conjunto de capitais, esse crescimento foi de apenas 27,3% (Souza, Minayo & Malaquias, 2002; Mello Jorge & Gotlieb, 2000).

No Brasil, a mortalidade por causas externas representou um percentual de 28,6% dos anos potenciais de vida perdidos (APVP) da população em geral, e para os jovens, constituiu a primeira causa de APVP (Minayo et al., 2001).

Sabe-se que as mortes representam apenas a ponta de um gigantesco *iceberg* e que o impacto dos acidentes e violências é muito maior em termos de magnitude quando se trata da morbidade, ou seja, das lesões e agravos não fatais que geram intervenções médicas e internações hospitalares.

Não existem estatísticas precisas quanto à morbidade, e o pouco que se sabe sobre esse fenômeno advém de pesquisas pontuais em populações específicas. As lesões/ferimentos são responsáveis por 12% da carga total de doenças do mundo (World Health Organization, 2002). Estudos mostram que para cada homicídio de jovens há 20 ou 40 vítimas neste grupo sofrendo agressões e outros tipos de violência não-fatais e recebendo tratamento hospitalar (Krug et al., 2002).

Os acidentes de transporte lideram as lesões e agravos à saúde de homens no mundo inteiro. Em 1998, essa causa situou-se no nono lugar na morbidade mundial de ambos os sexos, e as quedas corresponderam à décima quarta posição neste mesmo *ranking*. Entre os homens, essas mesmas causas ocuparam a sexta e a décima primeira posições, respectivamente;

e a violência interpessoal apareceu na décima posição. Os acidentes de transporte situaram-se na décima quinta posição, em termos de morbidade feminina no mundo (World Health Organization, 1999).

As lesões e envenenamentos constituíram 16% das internações hospitalares do Sistema Único de Saúde do Brasil para a população de 15 a 24 anos, excluindo-se complicações de gravidez, parto e puerpério, em 2000, a primeira causa de internação para essa faixa etária específica (Minayo et al., 2001). Na população em geral, em 2000, foram 693.961 internações por causas externas (5,8% de todas as internações), representando a sétima entre todas as causas de hospitalizações. Foi a primeira causa no sexo masculino nas faixas etárias de 10 a 19 anos (20,8%) e de 20 a 29 anos (21,9%) (Minayo & Souza, 2002).

No mundo, a maioria das pessoas atendidas em hospitais também é de homens, embora a sobremortalidade masculina seja menor que a observada na mortalidade (Krug et al., 2002).

Entre as internações por causas externas no Brasil, os 'traumatismos' representaram o principal motivo de hospitalização em 2000, sendo responsável por uma taxa igual a 3 internações a cada 1.000 habitantes. As 'intoxicações' por substâncias não medicinais ocupam a segunda posição e as 'queimaduras', a terceira entre as internações por violência e acidentes. As 'quedas acidentais' e os 'acidentes de transporte' foram os eventos que mais motivaram as hospitalizações, sendo as quedas preponderantes no grupo de idosos, levando a mais de 50% das internações nesta faixa etária (Minayo & Souza, 2002).

Entre jovens, para cada homicídio há 20 a 40 vítimas de violência juvenil não fatal recebendo tratamento hospitalar. Esses índices aumentam da metade da adolescência até a idade adulta (Krug et al., 2002). No levantamento que realizou, Krug observa a diminuição do uso de armas de fogo na violência não fatal, paralelamente ao aumento de outras armas e formas de agressão (bastões, punhos e pés). Dados de Honduras apontam que 52% dos ataques não fatais envolvem outras armas que não as de fogo. Já na Colômbia, em apenas 5% das agressões não fatais se usaram armas de fogo, ao passo que 80% dos homicídios envolvem essas armas. Tais informações indicam o poder letal das armas de fogo e seu uso disseminado entre a população jovem dos países da região.

Como se vê, são grandes a magnitude e o impacto dos traumatismos, lesões e ferimentos advindos das causas externas na morbidade e na mortalidade da população mundial e, particularmente, no Brasil.

A partir dessa preocupação, Souza e colaboradores (2003) elaboraram um artigo cujo objetivo era investigar, através da sua produção bibliográfica, se a comunidade científica está respondendo a esse problema social.

Na produção brasileira relativa à década de 90 e internacional do ano de 2000, publicada em periódicos, observou-se a existência de 165 textos no Brasil contra 509 publicados interna-

cionalmente. Outro dado interessante diz respeito ao fato de a produção nacional encontrar-se distribuída entre morbidade (30,3), mortalidade (33,9) e morbimortalidade (35,8), enquanto a maioria (56,4%) da internacional se refere à morbidade. Essa informação pode levar a supor, por um lado, que no Brasil o meio acadêmico está mais preocupado com o impacto dos acidentes e violências na morbimortalidade da população, enquanto que nos demais países a reflexão já estaria dirigida para a morbidade e, portanto, mais próxima à prevenção da ocorrência destes eventos. Entretanto, é preciso lembrar que, no Brasil, os sistemas de informação existentes ainda são bastante precários no tocante à morbidade. Esse é, historicamente, um dos motivos pelos quais a comunidade científica nacional tem realizado poucos estudos relativos à morbidade por causas externas. Isso constitui um dado extremamente importante a se destacar, mostrando a necessidade de ampliação e mesmo de implantação de sistemas de informação e de vigilância voltados para o registro da morbidade por essas causas, que têm uma magnitude muitas vezes maior do que a mortalidade.

A América do Norte é responsável por mais da metade dos artigos publicados na área, seguida pela Europa (36%). As demais regiões, juntas, contribuem com apenas 11% do conhecimento mundial sobre causas externas. Para a produção nacional de acidentes e violências, os campos de conhecimento com maior número de publicação foram saúde coletiva, com 87 textos; medicina e enfermagem, com 27 estudos; e saúde mental, 21. Os 30 trabalhos restantes referiam-se às demais áreas da saúde.

É preciso ressaltar que, por causa da complexidade inerente a cada tipo de causa externa específica e pela magnitude e impacto destas, deveriam estar sendo apoiados e realizados estudos epidemiológicos com metodologia mais refinada – inquérito, caso-controle, coorte –, a fim de se obter prevalências nacionais para os diferentes países, segundo as diversas causas externas. Tais análises poderiam subsidiar o conhecimento de fatores determinantes e de risco associados, bem como propostas preventivas. Além disso, são necessários estudos que aprofundem os aspectos subjetivos envolvidos nessas questões, que consigam captar a cultura, as crenças, os hábitos, as percepções e os sentimentos das vítimas diretas, mas também daqueles que indiretamente são afetados pelos acidentes e violências. Por outro lado, é quase inexistente o conhecimento sobre os autores de agressões, suas características, suas motivações, quando se sabe que atuar junto a esse agente de violência é fundamental para romper o círculo pernicioso de relacionamento violento.

O estudo de Souza e colaboradores (2003) revela ainda que há uma nítida tendência na produção nacional a se trabalhar os acidentes e violências como conjunto, haja vista que 40% dos estudos são dessa abrangência. Já na produção internacional, o conjunto das causas externas é bem pouco contemplado (0,8%).

Notam-se mais diferenciações nas ênfases dadas aos subgrupos da categoria 'causas externas'. A produção internacional mostra a grande relevância dos estudos sobre suicídio. E a nacional divide-se entre esse tema e acidentes de trânsito. Interessante destacar que, embora no

Brasil as taxas de mortalidade por homicídios sejam extremamente elevadas, em termos proporcionais a produção brasileira sobre o tema é bastante próxima da internacional, sendo, contudo, menor do que a quantidade de trabalhos dedicados ao suicídio, embora as taxas de mortes por esta causa sejam relativamente baixas no país. Há evidências, portanto, da preferência dos pesquisadores brasileiros por análises genéricas das causas externas. Entretanto, há ainda pouco aprofundamento e problematização da complexidade dos principais eventos geradores de morbimortalidade no país – acidentes de trânsito e homicídio – e, conseqüentemente, poucas propostas de intervenção e de programas de prevenção. Quando outros países priorizam o suicídio, é porque este é um problema central do seu perfil de morte e de morbidade. As distinções e semelhanças entre a produção nacional e internacional, bem como um certo colonialismo – traduzido pelo fato de os temas mais pesquisados no país não serem necessariamente os mais relevantes no conjunto dos acidentes e violências –, foram também destacados em duas análises efetuadas anteriormente (Souza & Minayo, 2001; Minayo, 1990).

Embora a produção científica possa apontar para determinadas questões que estão por merecer especial atenção, é preciso reconhecer que ela, por si só, não responde às indagações sobre que intervenções concretas estão sendo feitas pelo setor Saúde no que se refere à cultura, à formulação de políticas públicas e ao estreitamento das relações do setor com a sociedade civil organizada, visando à redução dos acidentes e violências.

Jovens: o Grande Grupo Vulnerável aos Acidentes e Violências

O crescimento da violência social no Brasil teve impacto no perfil de morbidade e mortalidade de sua população, sobretudo na faixa etária jovem. Os jovens brasileiros foram, nas duas últimas décadas, um dos grupos mais vulneráveis a essa violência. Esse fenômeno alterou o seu modo de viver, suas necessidades de atenção e assistência, e sua forma de morrer. Pode-se dizer que eles se tornaram reféns da violência, comunicando-se e se relacionando de forma violenta e, assim, transformando-se em suas vítimas preferenciais, mas também em autores de práticas delituosas ligadas ao tráfico de drogas e a atos anti-sociais e infratores no âmbito escolar. A incidência desses eventos envolve, como já dito no início, sobretudo os jovens das camadas sociais menos favorecidas, moradores das periferias das grandes cidades, com pouca escolaridade e baixa qualificação profissional. Isso mostra que, tanto para aqueles que vitimiza como para os que constituem seus agentes, a violência não se distribui democraticamente.

No que se refere aos agravos à saúde, as causas externas (acidentes no trânsito, quedas, afogamentos, queimaduras acidentais e outros acidentes, os homicídios, suicídios e demais causas externas) passaram a ocupar o segundo lugar entre as causas de morte na população geral e são a primeira causa na faixa dos 5 aos 39 anos de idade. Em 2000 foram responsáveis por 118.367 mortes no país, das quais 32.089 eram de jovens de 15 aos 24 anos. Em 1980 elas respondiam por 60,3% de todos os óbitos nessa faixa etária; em 2000, passaram a constituir 74,7% de todas as mortes desses jovens. Ou seja, de cada 10 jovens de idades entre 15 e 24 anos

que morreram no país, cerca de 7 morreram por alguma causa externa e apenas 3 por doenças. O sexo masculino constitui 89,1% dos óbitos nesse grupo jovem, concentrando-se, principalmente, na faixa dos 20 aos 24 anos. As duas principais causas externas específicas são os acidentes de trânsito e os homicídios. Juntas, elas perfizeram 55,8% de todas as causas de morte, na faixa etária de 15 aos 24 anos, no ano de 2000. Desse percentual, os homicídios respondem por 40,7%. São eles os responsáveis pelo crescimento do conjunto das causas externas, tendo ultrapassado as mortes por acidentes de trânsito desde 1989. De lá para cá vêm se mantendo, de longe, como os mais importantes eventos causadores de morte para a população jovem. Seu crescimento, entre 1980 e 2000, foi de 304,3%, passando, nesses mesmos anos, de 25,6% para 54,5%, e permanecendo quase cerca de 13 pontos percentuais acima dos acidentes de trânsito. Já esses últimos mantiveram-se mais ou menos estáveis, porém em elevados patamares, ao longo de todo o período.

Entre a população dos 15 aos 24 anos também se observou o crescimento dos suicídios no conjunto das nove principais capitais do país. As taxas médias anuais de suicídios corresponderam a 4,33 (em 1979), 4,10 (1985), 4,48 (1990) e a 5,86 (em 1995) por 100.000 habitantes de 15 a 24 anos. Salvador teve uma das menores taxas (0,37); em contrapartida, Porto Alegre (7,63) e Curitiba (7,29) apresentaram as maiores taxas. O principal meio utilizado para perpetrar as mortes violentas, tanto por homicídios como por suicídios, foram armas de fogo e explosivos.

Em termos de morbidade, sabe-se que uma das principais causas de internação e atendimento em emergências hospitalares são as quedas e as fraturas, sobretudo em crianças e idosos, provenientes de condições inseguras tanto nas moradias como nos espaços públicos, indicando a carência de medidas de proteção e prevenção a esses agravos que têm sobrecarregado os serviços de saúde, mobilizando as equipes e os investimentos. Para o setor Saúde, as causas externas representaram, em 2000, cerca de 694 mil internações e um gasto de R$ 351 milhões, com uma média nacional de cinco dias de internação nos hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS), excluídos os atendimentos de emergência. Sabe-se que o gasto com hospitalizações por causas externas representa cerca de 8% dos dispêndios com internações por todas as causas e que o gasto/dia com os acidentes e violências é de cerca de 60% superior à média geral das demais internações.

Por toda essa dinâmica violenta que se liga mais diretamente a alguns grupos e setores sociais, mas que afeta e impacta toda a sociedade, os estudiosos do país de várias áreas do conhecimento, entre elas a de saúde, desencadearam uma ampla discussão no sentido de cobrar políticas públicas de segurança e proteção que visem a garantir os direitos de crianças e jovens.

Portanto, é grande o impacto da violência social, tanto na população em geral quanto no grupo específico dos jovens. Os efeitos nefastos desses eventos violentos podem ser assim resumidos: 1) além da repercussão física, também produzem danos psicológicos, cuja dimensão é até hoje desconhecida; 2) afetam diretamente o setor Saúde, que recebe suas vítimas e para elas

tem de dispensar atendimento integral de assistência, recuperação e reabilitação, mas também de prevenção e promoção da saúde, o que eleva os custos do setor; 3) levam ao desenvolvimento de medidas individuais de proteção, como o porte de armas e o crescimento de uma segurança privada, além da fabricação de equipamentos de segurança (grades, sistemas de alerta e anti-roubo para casas e carros, blindagem de carros, entre outros); 4) finalmente, exercem impacto sobre a produção, com a morte de pessoas jovens em plena idade produtiva ou sua incapacitação pelo resto da vida.

Considerações Finais e Propostas de Encaminhamentos

Os dados aqui apresentados mostram que combater as mortes e os danos causados à saúde pelos acidentes de trânsito, homicídios e agressões precisa ser uma prioridade para amplos setores dos países da América Latina, a fim de garantir a proteção aos direitos da população em geral, mas principalmente das crianças e dos adolescentes.

Os crescentes índices de violência observados em grande parte dos países da região latino-americana têm sido uma preocupação para as autoridades, para as instituições e entidades governamentais e não-governamentais que lidam com essas questões, bem como para a população que de modo direto e indireto sofre os seus efeitos. No Brasil, alguns setores e instituições da sociedade, sensibilizados com a amplitude e intensidade desse problema, vêm desenvolvendo programas de atendimento a jovens em situações de vulnerabilidade, porém muito ainda precisa ser feito.

É importante perceber que, sendo um fenômeno complexo e polissêmico no qual interagem múltiplos fatores, a violência também necessita de abordagens plurais na sua prevenção. Não há, portanto, uma estratégia que sozinha seja suficientemente eficiente para reduzi-la e preveni-la entre os jovens e aos seus efeitos letais e não letais na saúde física e psicológica desse grupo social. Uma maneira de contemplar essa complexidade é recorrer às contribuições da epidemiologia, da sociologia, da antropologia, da educação, entre outras áreas do saber, a fim de que se lance um olhar interdisciplinar sobre os eventos violentos e os processos que lhes dão origem.

Em relação à prevenção dos homicídios, os estudos têm apontado a premência de ações conjuntas das áreas da saúde e de segurança pública com vistas a controlar e diminuir a criminalidade, o contrabando e o uso disseminado de armas de fogo pelos jovens. No que se refere aos acidentes de trânsito, observa-se a necessidade de atuação conjunta do setor Saúde com as instituições escolares e ligadas ao trânsito, a fim de prevenir essa desnecessária mortalidade precoce, por meio da garantia do respeito às normas do trânsito, do controle do uso de equipamentos de segurança e da ingestão de substâncias, sobretudo de bebidas alcoólicas, e da direção arriscada por parte dos jovens. Além disso, a atuação sobre os acidentes e a violência precisa destacar o papel da escola e da família como centrais no enfrentamento dessas intrincadas questões, entendidas essas duas instituições como construtoras e promotoras dos direitos de cidadania.

O governo federal do Brasil tem procurado desenvolver e incentivar iniciativas de inserção e integração de jovens na escola e de obtenção do primeiro emprego. A maioria das propostas desses programas é de inclusão e protagonismo dos jovens (Kahn, 2001; Abramovay, 2001, 2003).

O próprio Ministério da Saúde, em 1999, criou um comitê de especialistas com o objetivo de elaborar o documento que visava a uma política nacional de controle e prevenção dos acidentes e violência. A proposta foi amplamente debatida com estudiosos e profissionais do país que lidam com o tema, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde e, finalmente, publicada. Ela representa uma posição oficial do setor Saúde, que, em interconexão com outros ministérios, instituições e setores, busca responder às necessidades de assistência e prevenção diante dos agravos à saúde causados por acidentes e violência, em relação à população em geral, assim como a grupos particularmente vulneráveis, entre os quais se encontram os nossos jovens.

Atualmente, está sendo elaborado o plano de ação para a implementação dessa política. O plano reconhece a amplitude e complexidade do tema e, por isso, prevê algumas prioridades. O jovem, por ser o grupo populacional mais vitimizado e vulnerável; os acidentes de trânsito, homicídios e suicídios, por serem as causas mais impactantes; a violência intrafamiliar, porque afeta crianças, adolescentes, mulheres e idosos; e os maus-tratos, o abuso e a exploração sexual comercial a que são submetidos crianças e adolescentes, por ser um tema relevante na política do atual governo.

Paralelamente, iniciativas de vigilância das causas externas e programas para a redução dos acidentes de trânsito nos países da região estão sendo incentivados e desenvolvidos, com resultados bastante satisfatórios, como é o caso da experiência de Medelin, na Colômbia, e de Brasília, no Brasil. Aqui, o Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Vigilância em Saúde em conjunto com gestores locais, está desenvolvendo um projeto piloto de prevenção dos acidentes de trânsito em cinco cidades: Recife, Belo Horizonte, Goiânia, São Paulo e Curitiba.

De acordo com Krug e colaboradores (2002), a prevenção da violência juvenil pode ser feita com várias estratégias individuais, comunitárias e sociais que já se mostraram efetivas em alguns países, sobretudo nos Estados Unidos. Entre essas ações, encontram-se programas de desenvolvimento social para reduzir o comportamento anti-social e agressivo; de apoio às famílias em situação de risco; de policiamento comunitário; de redução da disponibilidade de bebida alcoólica; de práticas de esportes e artes; e programas de geração de renda, emprego e de redução da concentração de renda.

Programas dirigidos a jovens infratores nos Estados Unidos que se mostraram mais efetivos têm como metas: 1) mudanças de comportamentos e orientação das habilidades desses jovens; 2) ações conjuntas entre o sistema de justiça e a comunidade e 3) intervenções junto à família. Tais programas precisariam ser implantados e disseminados nos países da região. Do mesmo modo, medidas socioeducativas em meio aberto deveriam ser mais amplamente aplica-

das, tendo em vista as precárias condições das instituições que albergam os jovens que cumprem essas medidas em regime fechado. Exemplos de casos de maus-tratos, abuso e violência por parte daqueles que deveriam proceder à reeducação dos jovens nessas instituições e de rebeliões e revoltas por parte dos infratores têm sido freqüentes no Brasil.

Finalmente, não se pode deixar de ressaltar a necessidade de esforços na realização de estudos que busquem identificar as determinações coletivas e individuais associadas à violência e os aspectos sociais, econômicos, políticos, culturais e psicológicos que ligam a condição masculina à violência.

Referências Bibliográficas

ABRAMOVAY, M. *Escolas de Paz*. Brasília: Unesco, Governo do Estado do Rio de Janeiro/Secretaria de Estado de Educação, Universidade do Rio de Janeiro, 2001.

ABRAMOVAY, M. *Escolas Inovadoras: experiências bem-sucedidas em escolas públicas*. Brasília: Unesco, 2003.

KAHN, T. Paz nas escolas. *Revista do Ilanud*, 18:19-48, 2001.

KRUG, E. G. et al. (Eds.) *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002.

MELLO JORGE, M. H. P. de & GOTLIEB, S. L. D. *As Condições de Saúde no Brasil: retrospecto de 1979 a 1995*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

MINAYO, M. C. S. (Coord.) *Bibliografia Comentada da Produção Científica Brasileira sobre Violência e Saúde*. Rio de Janeiro: Panorama Ensp, 1990.

MINAYO, M. C. S. & SOUZA, E. R (Coords.) Análise da morbidade hospitalar por lesões e envenenamentos no Brasil em 2000. Rio de Janeiro, jul. 2002. Relatório de pesquisa. Disponível em: http://www.claves.fiocruz.br/cenepi.htm Acesso em 3 fev. 2003.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. & SILVA, C. M. F. P. (Coords.) Perfil de mortalidade por causas externas no Brasil: uma análise temporal das décadas de 80 e 90. Rio de Janeiro, out. 2001. Relatório de pesquisa. Disponível em: http://www.claves.fiocruz.br/cenepi.htm Acesso em 24 jan. 2003.

MINAYO, M. C. S. et al. Morbidade de jovens por causas violentas no Brasil: uma análise dos anos 90. *Boletim Claves/CenepI*, 2, set. 2001. Disponível em: http://www.claves.fiocruz.br/cenepi.htm Acesso em 24 jan. 2003.

SOUZA, E. R. & MINAYO, M. C. S. Análise das tendências da produção acadêmica sobre violência e acidentes. Rio de Janeiro: Claves, 2001. Relatório de Pesquisa.

SOUZA, E. R. de; MINAYO, M. C. S. & MALAQUIAS, J. V. Suicide among young people in selected Brazilian State capitals. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(3):673-683, 2002.

SOUZA, E. R. et al. Análise da produção científica nacional e internacional sobre causas externas. In: MINAYO, M. C. S. & SOUZA. E. R. (Orgs.) *Violência sob o Olhar da Saúde*: *a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Injury: a leading cause of the global burden of diseas*. Geneva: WHO, 1999. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_ prevention/index.html Acesso em 17 nov. 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The injury chart book: a grafhical overview of the global burden of injuries*. Department of Injuries and Violence Prevention/ Noncommunicable diseases and Mental Health Cluster. Geneva: WHO, 2002.

36. VIOLENCIA INTERPERSONAL:

SALUD PÚBLICA Y GOBERNABILIDAD

Roberto Briceño-León

Aquella tarde Francisco le había dicho a su mamá que quería divertirse. Hacía más de un año que no había fiestas en el 'club', desde que lo cerraron por unos muertos, por eso él no quería perderse la rumba de la reapertura. Lo mismo pensaron sus amigos, y la sala estaba llena cuando cerca de medianoche se presentó el problema. Él no estaba en el lío, pero aquel *man* era su amigo y tenía que defenderlo. Bailaba con la novia tripeándose su changa cuando le dieron el botellazo a su amigo, nadie supo muy bien cómo empezó, pero así son las culebras. Las manos corrieron asesinas, y los brazos y las botellas saltaban con la luz de la disco. Las muchachas gritaban y retrocedían, pero Francisco se abalanzó sobre los cuerpos en batalla, sin saber hacia dónde ni por qué lo hacía, pero ese *man* era su amigo. Empujones, patadas y gritos llenaban y vaciaban el local cuando un picahielo atravesó el pecho de Francisco. Al prender la luz lo encontraron en el piso. No botó sangre. La calle se había llenado de curiosos y sorprendidos. Sólo los gritos desconsolados de la madre de Francisco seguían cuando llegó la policía.

Al amanecer comenzaron los preparativos. Pocos habían dormido completo y a las once de la mañana volvieron a encender la disco. El funeral continuaba con la fiesta. Colocaron la urna en el medio de la calle, y los fuelles de las cornetas vibraban a todo vapor con la música que a Francisco le gustaba. Los panas fueron llegando y la novia parecía por momentos que se iba a quebrar, pero los amigos la detenían, aguanta allí, sólo la madre tenía derecho a llorar. Los demás bailaban, brincaban, brindaban y le echaban cerveza encima del ataúd. Al comenzar la tarde, le jugaron un partido de fútbol. Francisco parecía arbitrar en el medio de la cancha, sus amigos lo rozaban mientras iban y venían hacía los arcos figurados en los extremos de la calle, a veces se acordaban de él y le ofrecían una pirueta. La música tronaba sin descanso, algunos bailaban y otros se preguntaban dónde habrían ido a esconderse los dueños del picahielo cuando de pronto las motos se encendieron. Había que darle un paseo. Con mucho cuidado, amarraron la urna sobre las parrillas de las dos motos, y lentamente le dieron su última vuelta por las calles del barrio antes de llevarlo al cementerio. No hubo disparos al aire, ni llantos, ni amenazas, pues a sus catorce años Francisco no era un malandro sino un pana tipo normal, uno más que no estaba en ese lío, pero que murió porque ese *man* era su amigo...

La Violencia Interpersonal

La muerte de Francisco es sólo una entre las 120.000 muertes violentas que, según la Organización Panamericana de la Salud, ocurren cada año en América Latina (OPS, 2003). Su historia, banal e intrascendente, parece repetirse en los distintos barrios, comunas, favelas o villas miseria de las ciudades de América. No hay heroísmo, sólo la lucha por sobrevivir en un mundo canibalizado en su cotidianidad. No hay ideologías, tampoco sueños ni arrojo. Hay apenas un rostro que salvar en el esfuerzo por hacerse grandes, por sostenerse como hombres, por defender a la novia o la familia en una tarde cualquiera.

La Organización Mundial de la Salud establece una clasificación de la violencia entre: a) la violencia interpersonal, que serían los homicidios y lesiones producto de acciones intencionales, sean éstas producto de la pasión personal, los conflictos, las venganzas o los robos; b) la violencia autoinflingida, que serían los suicidios o las automutilaciones; y c) la violencia colectiva, que son fundamentalmente las guerras entre países, etnias o fracciones políticas (WHO, 2002). Este trabajo se relaciona exclusivamente con la violencia interpersonal. Aunque la violencia existente en Colombia, con sus cuatro ejércitos en pugna –tres ilegales y uno legal– pudiera ser clasificada para algunos fines como colectiva, por la manera en que ocurre nos parece apropiado seguir tratándola dentro de la violencia interpersonal.

Siguiendo esta clasificación, la OMS establece que la violencia interpersonal es la primera causa de muerte en las personas de entre 15 y 44 años en los países de ingresos bajos y medios de las Américas (WHO, 1999), es decir, en América Latina y el Caribe. A partir de los 45 años de edad, los homicidios descienden al séptimo lugar, y después de los 60 años desaparecen como causa de muerte.

Los suicidios representan también una carga importante en América Latina: unos 55.000 cada año (OPS, 2003). Pero eso es la mitad de las muertes que ocurren violentamente en un continente que no está en guerra, pues salvo en Colombia –donde existen facciones armadas enfrentándose entre sí y con el ejército regular– no hay guerras abiertas en ningún país: sólo los conflictos de baja intensidad de las calles y los fines de semana.

Las tasas de homicidios de 12 países de América Latina están por encima de los dos dígitos, cuando la tasa mundial de homicidios es de 8,8 por cada 100.000 habitantes (WHO, 2002). En los países de Europa Occidental o en Japón, las tasas están entre 1 y 2 homicidios por cada 100.000 habitantes, pero en México la tasa es de 18 homicidios, en Brasil es 28, en Venezuela es 35 y en Colombia, 65 homicidios por cada 100.000 habitantes (Tabla 1).

Tabla 1 - Tasa de homicidios por cada 100.000 habitantes - Países seleccionados

Promedio mundial	8,8
México	15
Brasil	28
Venezuela	35
Jamaica	44
El Salvador	45
Guatemala	50
Honduras	55
Colombia	65

Fuentes: OPS, 2003; WHO 2002.

Medido en términos de la carga de la enfermedad (Murray & López, 1996), la violencia interpersonal se ubica en el tercer lugar en el grupo de los 15 a 44 años de edad, sólo por detrás de la depresión unipolar y la dependencia alcohólica, con un total de 3,4 millones de 'años de vida saludable perdidos' (AVAIS en castellano o DALYs en inglés)[1] (WHO, 1999). Los AVAIS o DALYs, como medición de la mortalidad prematura y de los años de vida saludable perdidos, se ven muy afectados por la edad de las personas que sufren la violencia y que son fundamentalmente jóvenes.

Su Impacto en el Sector Salud

La violencia afecta de manera importante a la salud pública, puesto que los esfuerzos que hace la sociedad por mantener sanos a sus niños y jóvenes sufren un revés importante con la muerte o lesión de sus jóvenes o adultos jóvenes. La carga de la enfermedad es importante en este aspecto, pues se trata de individuos sanos que sufren un impacto en su salud o su vida por motivos externos y que la mayoría de las veces pueden ser prevenidos. Pero tiene también varios impactos más sobre el sistema de atención a la salud.

En primer lugar, la violencia dificulta la atención médica, pues tanto el personal de salud como los pacientes se ven limitados para asistir a los centros de atención. En los lugares pobres de las ciudades, los médicos o enfermeras no aceptan las asignaciones de trabajo por temor a ser víctimas de la violencia. Un estudio de la OIT (2003) reporta que una cuarta parte de los

[1] DALYs es una unidad de medida que se desarrolló para poder estimar la carga global de la enfermedad. Se calcula tomando el tiempo promedio de incapacidad transistoria que produce una enfermedad y los años de vida perdidos que resultan al comparar la edad promedio de muerte por una enfermedad con la expectativa máxima de vida alcanzada en la sociedad.

accidentes laborales ocurridos en un contexto de violencia son en el sector Salud. En los ambulatorios o lugares de atención primaria de salud, los horarios se ven reducidos por el miedo que tienen sus empleados a ser atacados. Así, los hospitales comienzan a disponer de costosos servicios de vigilancia para proteger a su personal, ya que los enfrentamientos y las venganzas se han trasladado al interior de los centros hospitalarios, donde los maleantes procuran completar los asesinatos que no pudieron llevar a cabo en las calles.

En segundo lugar, la violencia retrasa los programas regulares de los centros hospitalarios. La planificación de las operaciones se ve regularmente alterada por el alto número de heridos que deben ser intervenidos de emergencia, convirtiéndose en las principales y casi únicas operaciones que pueden realizarse.

En tercer lugar, desvía recursos materiales que pudieran destinarse a otros propósitos. En algunos hospitales de Venezuela, los insumos hospitalarios y quirúrgicos del mes son consumidos durante el primer fin de semana para realizar operaciones de emergencia a víctimas de la violencia. Esto crea una situación dramática, pues no pueden atenderse otras dolencias y tampoco hay cómo cuidar de las nuevas víctimas de la violencia que van llegando los fines de semana siguientes. La Escuela de Salud Pública de Rió de Janeiro tuvo que clausurar durante un tiempo una fachada de su edificio por temor a los disparos que llegaban por peleas entre bandas en la favela vecina, y fue necesario realizar una importante inversión para sustituir las tradicionales ventanas por otras de hierro que sirvieran de coraza para las balas perdidas. Algo similar ha ocurrido en algunos centros hospitalarios de Venezuela, donde pacientes o médicos han sido asesinados en los consultorios por balas sin destino, pero no han tenido recursos para emprender una renovación del edificio tan importante como la llevada a cabo en Brasil.

En cuarto lugar, la violencia desplaza poblaciones de una zona a otra del país, llevando sus problemas y enfermedades hacia otros lugares y exponiéndose a nuevas enfermedades en los lugares de recepción, donde tienen dificultades para ser atendidos por los centros de salud.

Finalmente, la violencia dificulta la ejecución de los programas de control de enfermedades transmisibles, tanto en zonas rurales como en zonas urbanas. En las zonas rurales, tal y como ocurre en la frontera venezolano-colombiana, los programas de control de malaria se han visto paralizados por la acción de la guerrilla y los paramilitares. Por un lado no pueden aplicarse los programas de rociamientos; por el otro, las personas no quieren reportar y ser tratados de sus enfermedades, pues éstas pueden delatarlos ante las autoridades o exponerlos a ser víctimas de violencia en los puestos de salud.

Esta violencia representa, además, serios daños a la economía de los países: importantes recursos –que podrían ser utilizados para el bienestar de las familias o la acción del Estado– son desviados para prevenir o enmendar los daños de la violencia. Adicionalmente, otra parte importante de la actividad económica es inhibida por el temor a ser víctima. Una buena parte de los presupuestos nacionales es dedicada a la seguridad de las personas, de manera creciente

las personas consideran como insuficientes los recursos asignados por los gobiernos para estos propósitos y exigen una mayor inversión en el área, en detrimento de otras tan importantes como educación o salud. Las familias, por su parte, no se sienten protegidas por la seguridad pública y proceden sistemáticamente a invertir más recursos del presupuesto familiar en el cuidado de bienes y defensa personal. Los mecanismos privatizados de seguridad tienen muchas nuevas modalidades, pero todas significan una sustitución poco eficiente en términos económicos de las funciones de protección.

Significa también una inhibición importante de la actividad económica, pues las personas dejan de realizar un conjunto de actividades que motorizan la economía: por el temor a ser víctimas, se produce una disminución importante en las horas dedicadas al trabajo, pues los trabajadores se inhiben de tomar horas extras o cumplir horarios nocturnos, mientras que los estudiantes limitan sus horas de estudio. Por otra parte, el mismo temor que desencadena la violencia hace que los ciudadanos reduzcan sus horas y lugares de diversión, o para salir de compras, con lo cual se reduce la actividad comercial y se mengua la calidad de la vida de los ciudadanos. El estudio Activa (Tabla 2) impulsado por la OPS mostró que estas restricciones pueden alcanzar al 63% de la población en el caso de las compras, y al 73% en el caso de la recreación; es decir, una porción muy importante de los habitantes de las urbes.

Tabla 2 - Inhibición de la actividad comercial y de recreación en ciudades seleccionadas

	Cali	Caracas	Río de Janeiro	San José de Costa Rica	Santiago de Chile
Limitó sus compras	41,1	62,5	30,9	63,3	45,2
Limitó su recreación	43,9	72,7	47,6	55,1	33,1

Fuente: Lacso - Datos del Proyecto Activa.

Todo esto significa oportunidades inhibidas para el desarrollo de estas sociedades, pues los recursos que podrían servir para incrementar las oportunidades de empleo y creación de riqueza para la sociedad son distraídos hacia otros propósitos (Londoño y Guerrero, 2000). Este impacto significó en la región una utilización de entre el 1% y el 5% del PIB para la protección contra la violencia o el cuidado de sus daños, lo cual es, en algunos casos, una cifra similar a toda la inversión realizada en el sector Salud o educación en algunos países.

¿Qué Pasa?

Desde los años 80 se ha visto un incremento importante de la violencia interpersonal en el mundo y en América Latina. La Asamblea Mundial de Salud de la OMS declaró en 1996 que la violencia era un problema importante de salud pública en el mundo. Lamentablemente, desde ese año la situación no ha hecho sino empeorar en América Latina. ¿Qué ha pasado, que estamos y continuamos en esta epidemia de violencia?

Quisiéramos proponer dos hipótesis de trabajo. Por un lado, que se trata de un problema de 'sociabilidad', es decir, de la manera de vivir en sociedad, de ser sociedad, del modo de estar juntos. Por el otro, de un problema de 'gobernabilidad', es decir, de la manera en que se ejerce autoridad y el poder para regular ese modo de estar juntos.

Asumimos esta perspectiva macrosocial porque las magnitudes y la persistencia del fenómeno hacen casi imposible un tratamiento individual o grupal, aunque estos factores son muy importantes en la comprensión de lo que sucede.

Hay un problema de sociabilidad por las dificultades e incoherencias que significan las sociedades con una modernidad inconclusa, donde existen muchos de los rasgos y posibilidades de la modernidad. También hay otras poblaciones –y otros modos de vida– que no han alcanzado las formas de sociabilidad de la modernidad, aunque tampoco puede decirse que pertenecen o tienen modos de vida de la sociedad tradicional.

El proceso de globalización ha tenido un fuerte impacto en América Latina y aún estamos en medio de un proceso que no sabemos cuándo concluirá. La vida cultural de los países de la región está completamente globalizada, los sectores más pobres viven de las aspiraciones del mundo complejo contemporáneo y en el medio del Amazonas, en una vivienda miserable de piso de tierra y techo de palma a la vera de un río, sin carreteras ni electricidad, encontramos una familia que se conecta por televisión con una antena parabólica para ver el partido de fútbol que se lleva a cabo en el otro lado del mundo. Ya no se trata de las sociedades en transición que la sociología de los años 50 procuraba describir (Germani, 1961); se trata de un fenómeno distinto, por la magnitud de su impacto y la coexistencia de circunstancias que generan la exclusión e inclusión de los beneficios de la modernidad que se dan simultáneamente. En México se calcula que se han perdido más de 250.000 empleos de las industrias maquiladoras en los últimos tres años, por el impacto que ha tenido en los Estados Unidos la creciente importación de productos manufacturados e importados de China; la maquila mexicana fue un producto de la globalización, su posible destrucción, también. En casi todos los países de la región, los teléfonos celulares han superado en número a los teléfonos fijos, entre otras razones por la inmensa cantidad de estos aparatos que usan las poblaciones pobres y segregadas de las ciudades que nunca llegaron a obtener un servicio regular de telefonía.

Todo esto ocurre en un contexto de estancamiento o recesión muy importante en la región que produce un incremento de la pobreza, el desempleo y la desigualdad. El muy modesto

crecimiento del PIB –que para el año 2002 se había estimado en la región en 1,5%– se convirtió en estancamiento, se negativizó y luego se transformó en -0,6%. Así, el PIB *per capita* se mantendrá en 2% por debajo del alcanzado en 1997, y así también se elevaron a seis los años continuos perdidos en la actividad económica de la región (Cepal, 2003).

Esta situación llevó a que la desocupación urbana alcanzara a 17 millones de trabajadores en el año 2002 –para una tasa de 9,2%, la más alta en los últimos 22 años, es decir, desde que existen estadísticas confiables. Esta tasa de desempleo urbano es superior a las otras tres alzas que se registraron en momentos críticos de la economía regional: el primero fue de 8,4% y se registró durante la crisis de la deuda externa en 1983, durante la década perdida; el segundo fue de 7,9% y tuvo lugar durante la devaluación mexicana de 1996; y el tercero fue durante la reciente crisis asiática de 1999, cuando el desempleo llegó a 8,9% (OIT, 2002).

La Cepal estima que en América Latina hay 225 millones de pobres en el año 2003 –100 millones de entre ellos considerados indigentes– y que la distribución del ingreso, medida por el coeficiente de Gini, se ha estancado en diez de los once países estudiados en la región. Sin embargo, la disponibilidad de alimentos permitió disminuir la población subnutrida en 20 de los 24 países de América Latina y el Caribe. Sólo en cuatro países se incrementó la desnutrición: Guatemala, Venezuela, El Salvador y Cuba (Cepal, 2003).

En ese contexto se ha dado un incremento importante del individualismo; hay una mayor conciencia de los derechos individuales, de la responsabilidad individual y de las aspiraciones de la persona, pero sin una contraparte de organización de la sociedad y de aceptación de las limitaciones y responsabilidades de la vida social. En el plano de los derechos se plantea que existe una conciencia muy valiosa de los derechos ciudadanos, pero que no tiene una contraparte igualmente aceptada y cumplida en los deberes. Hay una fuerte conciencia de sus propios derechos, pero no así de los derechos del otro. Se trata de una incorporación cultural y una inserción práctica en la economía mundial globalizada que no tiene sus correspondientes beneficios económicos (pues la gente tiene sueños dolarizados y debe pagar los productos del confort globalizado en dólares, pero no recibe su ingreso en dólares), ni tampoco ha internalizado las responsabilidades, ni el imperio de la norma y la ley abstracta que el individualismo y la modernidad también demandan.

En ese contexto social, se plantea como un gran desafío la gobernabilidad de las sociedades y el ejercicio de la democracia. Desde el punto de vista político hay un conjunto de normas que pueden cumplirse en mayor o menor grado, pero desde la perspectiva de la vida social no se logra un modo aceptable de estar juntos para los distintos grupos sociales. El sistema normativo tampoco funciona como para ser aceptado por todos los ciudadanos, ya que no logra persuadir a las personas ni tampoco puede imponerse por la fuerza. Es decir, los mecanismos de control social tradicional han dejado de funcionar y el sistema de control social penal no logra imponerse, ni las sociedades tienen capacidad para hacerlo cumplir. Si Colombia o Venezuela pretendieran aplicar las órdenes de detención emitidas, no alcanzarían las cárceles que existen en esos países para albergar a tal número de personas.

Pero el crimen organizado por un lado y la gran difusión de armas de fuego personales por el otro significan una amenaza permanente a la gobernabilidad. La idea weberiana del Estado como el ente que arrebata la violencia de los actores sociales particulares y la monopoliza, es cada vez menos cierta en la región. Los carteles de la droga y los grupos guerrilleros –separados o en conjunto– continúan representando un desafío a la gobernabilidad en muchos países. Pero más allá de lo circunstancial, lo que pareciera estar en cuestión es la capacidad y manera de gobernar sociedades altamente estratificadas y desiguales.

Sociabilidad y gobernabilidad constituyen entonces las dos dimensiones con las cuales proponemos intentar comprender el drama de la violencia en América Latina. Veamos de manera sucinta algunas de las aplicaciones de esta interpretación.

Los Problemas de Sociabilidad

Los jóvenes y su integración a la vida social

La violencia juvenil parece ser el rostro más fuerte y dramático de los homicidios que ocurren en la región. Los jóvenes son –a la vez– las víctimas y los victimarios más importantes; los jóvenes matan y mueren con una ligereza sorprendente. A nivel mundial, la tasa de homicidios de los jóvenes de entre 15 y 29 años es de 19,4 por cada 100.000 habitantes, la más alta de todos los grupos etarios (WHO, 2002). Pero, ¿qué sucede con los jóvenes?

Lo que se observa en la hipótesis de la sociabilidad es una incapacidad de la sociedad para incorporarlos a la vida social prescripta. El modelo del joven adolescente formulado por la sociedad, por medio del cual éste se mantiene en la escuela al menos hasta los 15-16 años de edad y una vez salidos de la formación entrarían en el mercado de trabajo, no puede ser satisfecho con los mecanismos que tiene establecidos la sociedad para tal fin. En una proporción importante, el sistema educativo no logra mantenerlos en la escuela más allá de los 12-13 años, que es la edad en la cual se produce de manera importante la deserción escolar. Tampoco puede insertarlos en el mercado de trabajo, porque en muchas de las legislaciones está expresamente prohibido emplear a menores de edad (definidos como 16 ó 18 años) o porque de manera objetiva no hay puestos de trabajo donde puedan emplearse.

El desempleo juvenil duplica la tasa de desempleo general de casi todos los países de América Latina (OIT, 2002) y se considera que al menos uno de cada cinco jóvenes está desempleado. ¿Qué oportunidades tiene entonces un joven con todas las aspiraciones de la modernidad y la globalización, pero que no llega a los 9 años de estudio y sólo puede aspirar a un trabajo con el salario mínimo, si es que lograra emplearse?

En Venezuela, las cifras oficiales más conservadoras consideran que hay 173.000 jóvenes desempleados. Los datos no oficiales pueden duplicar estas magnitudes, pero asumamos la cifra más baja. Si consideramos que hay 173.000 jóvenes que no estudian y están desemplea-

dos, y postulamos la tesis de que el 90% de ellos tienen un contexto familiar y social que los mantiene fuera del riesgo de caer en el tráfico de drogas o la delincuencia, nos queda entonces un 10% en situación de riesgo, una décima parte de todos los jóvenes. Pero estamos hablando de 17 mil jóvenes en riesgo de caer en la violencia, y esta es una cantidad similar a toda la población recluida en las penitenciarías del país. Ahora bien, si las cifras de la Organización Internación del Trabajo indican que hay 19 millones de desempleados –de los cuales 7 millones son jóvenes– y aplicamos el mismo cálculo, estaríamos hablando de 700 mil jóvenes en riesgo de la violencia. Las magnitudes asombran porque este es el fenómeno social ante el cual nos enfrentamos.

Tabla 3 - Tasa anual de desempleo juvenil en países de América Latina

País	Edad	Porcentaje de desempleo
Argentina	15-19	46,1
Brasil	15-17	17,0
	18-24	14,0
Chile	15-19	28,1
	20-24	20,7
Colombia	12-17	31,8
	18-24	33,4
México	12-19	6,7
	20-24	5,2
Perú	14-24	15,1
Uruguay	14-24	38,4
Venezuela	15-24	26,4

Fuente: OIT, 2002, Cuadro 3-A.

Estos jóvenes desempleados quedan literalmente en la calle: por lo general no tienen hogares gratos donde vivir ni actividades para entretenerse en el hogar. Además, los requerimientos de socialización propios de la edad los llevan a integrarse en bandas, pandillas, maras o barras bravas (Cruz y Portillo, 1998; Iudop et al., 2001; Santacruz y Portillo, 1999: Santacruz y Concha, 2001). La banda proporciona una identidad colectiva que sustituye o apoya la todavía muy precaria identidad individual. Las pandillas juveniles agrupan a más de 30 mil jóvenes en Honduras y El Salvador, y a más de 8 mil en Nicaragua (OPS, 2003). La calle es el lugar privilegiado de su actuación, se convierte en su hogar (Márquez, 1999) y desde allí se despliega el riesgo a ser víctima de la violencia o a convertirse en violento, en respuesta a las amenazas que debe soportar.

Varios estudios recientes muestran la dinámica social del respeto y la construcción de la masculinidad en la violencia de los jóvenes. El asunto aquí es que adicionalmente – con independencia de los problemas de la exclusión del sistema educativo y del desempleo– el proceso de construcción de la adultez se ve marcado por una necesidad de afirmar su masculinidad, ya que la cultura del género induce a un conjunto de comportamientos responsivos de los retos y las afrentas que obliga al ejercicio de la violencia. Pero no sólo debe mostrar su masculinidad, sino que debe obtener el respeto que le permita sobrevivir en un mundo de agresiones y venganzas, y sólo con la crueldad, con el ejercicio exagerado y abusivo de la violencia podrá obtener ese deseado respeto (Zubillaga y Briceño-León, 2001; Zubillaga, 2003).

Ese joven varón y pobre tiene todas las expectativas de su edad y de la globalización, pero un no-lugar en la vida social que le permita satisfacerlas. Ese es el principal incentivo para asumir el camino de la violencia y encontrar allí el sentido a su vida.

La violencia doméstica y los roles cambiantes de la pareja

La violencia en la pareja se ha vuelto un asunto de relevancia en los distintos países, pues ha empezado a mostrar un problema que estaba oculto y silenciado. Los datos no son claros ni fidedignos, pero muestran los inicios del conocimiento de un fenómeno antiguo que tiene nuevos matices por los roles cambiantes en la pareja. Los cambios en la mujer de América Latina son de una velocidad sorprendente en el área educativa y laboral; sin embargo, el 45% de las mujeres mayores de 15 años no tiene ingresos propios, frente al 21% de los hombres (Cepal, 2003), lo cual las mantiene en situación de vulnerabilidad frente a la viudez o las separaciones matrimoniales. Pero ese 55% que sí tiene ingresos, hace grandes contribuciones y empieza a exigir un trato distinto que no ha ido acompañado de cambios concomitantes en los hombres. La mujer ha cambiado mucho y los hombres, poco. Ese conjunto de cambios desiguales presenta uno de los problemas de sociabilidad que no logran resolverse y donde la violencia es un síntoma (PNUD-AVESA, 1999). Un estudio que hicimos en Caracas sobre la violencia en la pareja nos mostró que los hombres golpeaban a las mujeres en el mismo tenor y magnitud que las mujeres golpeaban a los hombres (Briceño-León, Ávila & Camardiel, 1998). La situación reportada en la encuesta puede tener muchas interpretaciones, pero una de ellas es que las mujeres ya no se dejan golpear sin responder. Ha habido un cambio importante en la mujer frente a la agresión sufrida de parte de su pareja; para algunos quizá no sea un cambio en la dirección adecuada, pero es un cambio al fin.

La mujer ha tomado mayor control de su sexualidad y su maternidad, y si a esto se le suma una mayor confianza derivada de su nivel educativo y mayor independencia –producto de su incorporación laboral–, las transformaciones son muy grandes en relación con los pocos cambios en los roles y seguridades de los hombres. Las relaciones de pareja están en una crisis importante de redefinición de sus roles y responsabilidades; no es casual que se haya incrementado el número de divorcios. Lo que nos parece es que la violencia hacia la mujer, definida en el contexto clásico de un hombre machista y una mujer frágil y sometida, está en retroceso.

La violencia que se presenta ahora se debe a los cambios en la mujer, la no aceptación en los cambios de rol de parte de los hombres, y por la incapacidad de hombre y mujeres para resolver en otros términos el modo de vivir en pareja.

El lugar confuso de los ancianos

La OMS destaca, en su informe mundial sobre la violencia (2002), a la violencia hacia los adultos mayores como un problema novedoso e importante. En general, se reconoce que hay muy poca información sobre las agresiones que sufren los ancianos, pero desde los años 70 se han venido realizando estudios y se ha empezado a detectar que muchos de los antiguos problemas y accidentes eran una mezcla de negligencia y agresión hacia este grupo etario. Las sociedades han sufrido un incremento importante de la población adulta mayor a partir de la disminución de las tasas de fecundidad y de la prolongación de la esperanza de vida. En la sociedad tradicional los ancianos ocupaban un lugar privilegiado, pues la alta mortalidad hacía que fueran pocos, y por lo tanto representaban la tradición y la sabiduría de una sociedad que repetía el pasado. Pero el incremento de ancianos en América Latina ha dado un cambio importante en las relaciones familiares, la 'abuelidad' ha tenido cambios notables por las nuevas circunstancias sociales y el sistema tradicional de ocuparse de los ancianos en las casas ha perdido vigencia, pues la vida de las parejas se ha hecho distintas: las casas son más pequeñas y los ancianos quieren una vida más tranquila e independiente, pero no están dadas las condiciones para satisfacer esto. Los sistemas de seguridad social o de pensiones con capacidad para garantizar un retiro tranquilo existen en pocos países, y las posibilidades de mantenerlos las familias en la vida urbana se hacen más difíciles. En esa suma de dificultades, el anciano se vuelve una carga, un problema, y es susceptible de sufrir actos violentos por partes de familiares y allegados, pues no tenemos aún el nuevo modo de vivir juntos con nuestros ancianos, y el antiguo ya no funciona en las ciudades, al menos, no como antes.

Los Problemas de la Gobernabilidad

Estas dificultades en la sociabilidad se ven acentuadas por la crisis del sistema de control social tradicional en las sociedades de América Latina. Aunque en grado diferente, los mecanismos tradicionales de socialización de los individuos como la religión y la escuela, han perdido su fuerza e incidencia en la conducta de los individuos. Esto tiene un impacto muy grande, aunque resulte casi imperceptible en la gobernabilidad de esas sociedades.

La gobernabilidad de las sociedades tiene su fundamento en la construcción de un consenso social y en la capacidad del Estado de gestionar los intereses particulares y las demandas de convivencia de los distintos actores sociales. En la construcción del consenso, el control social tradicional tiene una función de mucha importancia, pues permite la aceptación del mundo real con sus potencialidades, limitaciones, insatisfacciones y hasta injusticias de siempre. La religión y la escuela han cumplido un papel fundamental en este proceso de control social

tradicional; esencialmente la religión, porque le da sentido a la vida y sobre todo al sin-sentido de la muerte. La escuela, por su parte, porque prepara y habitúa para los roles sociales preestablecidos, porque educa en la aceptación tanto de los caminos sociales prescriptos como de los lugares sociales que la división social asigna a los individuos como destino. Destino inexorable en las sociedades de castas y probabilidad cierta en las sociedades de clases.

La reproducción social requiere de la escuela y la religión como ideologías permanentes para la continuidad de una determinada vida social. Pero cuando estas instituciones pierden su fuerza en la sociedad moderna, el papel central pasan a ocuparlo las leyes, que sustituyen los diez mandamientos del cristianismo. El problema de las sociedades de América Latina es que los mandamientos –es decir, la fuerza normativa de la religión– perdió su fuerza, y la ley civil y laica no ha sido suficientemente internalizada por la mayoría de la población. Las leyes tienen sentido si las viven las personas, pero la gran cantidad de leyes –que por lo general son muchas en la región– han sido desarrolladas por una elite que a veces las conoce, pero ciertamente no llegan al grueso de la sociedad como un mecanismo regulador de la vida.

Entonces, el mecanismo de control social penal actúa exclusivamente como un mecanismo punitivo. Como la impunidad es tan alta y las posibilidades de ser castigado son bajas, la norma reguladora expresada en la ley tiene muy poca función como amenaza disuasiva y mucho más como realidad punitiva. En las entrevistas a jóvenes recluidos por homicidios, resulta sorprendente observar cómo matar a una persona no les significa conflicto moral alguno. Por lo general, los homicidas que hemos investigado tienen más temor de la venganza –la culebra, que llaman en Venezuela– que del castigo de la ley. Y frente a la 'ley' tienen más temor de los policías, o de los riesgos de la sobrevivencia en la cárcel, que del castigo de privación de libertad contemplado en la legislación.

Recapitulemos entonces. La gobernabilidad de las sociedades depende tanto del consenso social como de la capacidad del Estado y del mercado de satisfacer demandas. En América Latina encontramos que no hay consenso social por los problemas de sociabilidad descriptos y las incapacidades del control social tradicional o penal. Pero tampoco hay capacidad del Estado ni del mercado de satisfacer las demandas.

La incapacidad de satisfacer las demandas por parte del mercado está relacionada con la imposibilidad de ofrecer empleo, salarios, alimentación, vivienda y salud a sectores importantes de la población. Este déficit es grande y creciente, tal y como ha sido referido previamente por informes de organismos internacionales. Pero el Estado tampoco tiene la posibilidad de satisfacer las demandas mínimas de la población en el área de seguridad personal. El Estado como institución en América no ha tenido la capacidad para controlar la creciente epidemia de homicidios desde los años 80, ni ha podido ofrecer seguridad y un ejercicio del estado de derecho a porcentajes importantes de la población. Esto significa que no ha tenido capacidad real de arrebatar el ejercicio de la violencia a la sociedad y de garantizar su monopolio. Esa incapacidad tiene expresiones muy claras en vastas zonas de Colombia, por la presencia de

grupos guerrilleros o paramilitares, o en segmentos del Amazonas controlados por las mafias de la droga. Pero no es menos verdad en muchas zonas pobres de las ciudades, en las favelas de Brasil, las comunas de México o los pueblos jóvenes de Lima, donde no hay actividad de esas grandes organizaciones, sino de las bandas encargadas de la distribución minorista de la droga, o de la venta de objetos robados (Franco, 1999). Ahora bien, este fenómeno también ocurre en espacios territoriales muchos más amplios, pues el Estado ha sido incapaz de controlar la posesión y portación de armas de fuego por ciudadanos honestos o delincuentes, y no digamos de su incapacidad para aplicar lo que sería una política de desarme de la población (Pnud, 2003). Simplemente no tiene cómo autorizar o prohibir efectivamente la distribución de armas de fuego.

Ante esa incapacidad del Estado de ofrecer seguridad a la población y de aplicar adecuadamente el sistema de control social penal, se presentan dos respuestas importantes. Por un lado, la población asume la protección personal en forma privadae (armándose, con guardias privados) y toma la ley por su propia mano (linchamientos, grupos de exterminio). Por el otro, se incrementan las acciones extrajudiciales de la policía, apoyando los grupos de exterminio o torturando y castigando físicamente a los delincuentes. Si bien el apoyo ciudadano a este tipo de acciones, fuera del estado de derecho, es minoría en las encuestas que se hacen en América Latina, es significativo que entre un 20% y 30% de los encuestados la apoyen a conciencia de su ilegalidad. Lo que sí parece seguro es que este tipo de respuestas, lejos de reducir la violencia en la sociedad, la incrementa de un modo y magnitud siempre difícil de predecir.

Tabla 4 - Aprobación de acciones extrajudiciales en ciudades seleccionadas de América Latina

	Aprueba matar al individuo que violó a su hija	Aprueba el linchamiento de individuo que aterroriza a la comunidad	Aprueba las limpiezas sociales por grupos de exterminio
Bahía, Brasil	57,6	34,9	15,9
Cali, Colombia	36,4	nd	13,2
Caracas, Venezuela	48,4	32,6	20,5
Río de Janeiro, Brasil	41,7	25,9	10,6
San José, Costa Rica	30,8	14,4	8,2
San Salvador, El Salvador	38,9	21,8	15,6
Santiago, Chile	53,8	19,7	5,8

Fuente: Briceño-León, Ávila & Camardiel, 2002, Cuadro 1.

Violencia y Salud para Todos

Hace varias décadas, la OMS se planteó ofrecer salud para todos como meta deseable. Pero la meta ha resultado imposible de alcanzar en muchas áreas: a los antiguos retos y dolencias se les ha agregado la violencia como un obstáculo importante para las metas de salud. Sólo en muertes, la violencia general produjo 1,5 millones de víctimas en el año 2000. Ahora bien, las guerras –símbolo más evidente de la violencia– representaban apenas el 18 % de esa cifra, mientras que los homicidios contribuían con el 31% (WHO, 2002).

¿Cómo es posible alcanzar una meta de salud para todos con los problemas de sociabilidad y gobernabilidad que hemos planteado? No habrá manera de plantearse metas sustantivas de salud si no se logran transformaciones importantes en la sociedad. La meta de salud para todos no será posible si no obtenemos al mismo tiempo sociedad para todos, es decir, un modo en que podamos vivir juntos con las desigualdades y diferencias que tengamos. Claro que esto implica modos determinados de tramitar las diferencias y superar las desigualdades, pero estando juntos sin matarnos.

Los grandes problemas contemporáneos de la salud se han debido a cambios en la sociedad, y sus soluciones tienen que pasar por más cambios en las mismas sociedades (Briceño-León, 2000). Esto no es menos verdad para la superación de la violencia, pero los cambios sociales en el mundo actual atraviesan por una crisis muy similar a los sistemas que han imperado. Los modelos del socialismo y del neoliberalismo no han funcionado, pero se reconocen fuerzas y debilidades en estas dos aproximaciones, y la búsqueda de un camino sostenido por el bienestar de las mayorías excluidas o menguadas atraviesa caminos inéditos.

Hoy en día es claro que sin crecimiento económico no habrá modo de superar la pobreza y la exclusión. También, que el crecimiento es una condición necesaria pero no suficiente, pues se requiere además un modo de crecer y una redistribución que garanticen que el beneficio llegue a todos, y que los daños por crecer no sean superiores en el ambiente y en los individuos a los beneficios económicos que reporten.

Además, se requieren cambios que no son económicos, sino que se refieren a la vida en sociedad y la política, a lo que hemos llamado sociabilidad y gobernabilidad. La violencia es una interacción, es un modo de comunicación y relación entre personas, pero es un modo enfermo de estar juntos. La construcción de un modo no-violento de convivir y resolver los conflictos, un modo de hacer un gobierno para todos, podrá acercarnos a la construcción, como decía Kant, de una paz perpetua. Y los avances en este camino, por distantes que puedan parecer, habrán de ser una contribución mayor a la salud pública de América Latina.

Referencias Bibliogáficas

BRICEÑO-LEÓN, R. Bienestar, salud pública y cambio social. In: R, Briceño-León, MINAYO M. C. de S. & COIMBRA JR., C. E. A. (Coords.) *Salud Y Equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

BRICEÑO-LEÓN, R.; ÁVILA, O. & CAMARDIEL, A. La violencia doméstica en Caracas: predictores sociales y culturales. *Acta Científica Venezolana*, 49:248-259, 1998.

BRICEÑO-LEÓN, R.; ÁVILA, O. & CAMARDIEL, A. El derecho a matar en América Latina. In: BRICEÑO-LEÓN, R. (Comp.) *Violencia, Sociedad Y Justicia en América Latina*. Buenos Aires: Clacso, 2002.

CEPAL. *Estudio Económico de América Latina y el Caribe 2002-2003*. Santiago de Chile: Cepal, 2003.

CRUZ, J. M. & PORTILLO, N. *Solidaridad y Violencia en las Pandillas del Gran Salvador: más allá de la vida loca.* San Salvador: UCA Editores, 1998.

FRANCO, S. *El Quinto: No Matar. Contextos explicativos de la violencia en Colombi*a. Bogotá: Iepri, Universidad Nacional, Tercer Mundo Editores, 1999.

GERMANI, G. *Política y Sociedad en una Época en Transición*. Buenos Aires: Paidós, 1961.

IUDOP, ERIC, IDESO & EDIES. *Maras y Pandillas en Centro América*. Managua: UCA Editores, 2001. Vol. 1.

LONDOÑO, J. L. & GUERRERO, R. Violencia en América Latina: epidemiología y costos. In: BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. *Asalto al Desarrollo, Violencia en America Latina*. Washington, D.C.: BID, 2000.

MÁRQUEZ, P. *The Street Is my Home*. Stanford: Stanford University Press, 1999.

MURRAY, C. L. J. & LÓPEZ, A. D. *The Global Burden of Disease*. Harvard: University Press, 1996.

OIT. *Panorama Laboral 2002*. Santiago de Chile: OIT, 2002.

OIT. *Proyecto de Repertorio de Recomendaciones Prácticas sobre la Violencia y el Estrés en el Sector Servicios: una amenaza para la productividad y el trabajo decente*. Ginebra: ILO, 2003.

OPS. *Repercusiones de la Violencia en la Salud de las Poblaciones Americanas*. Washington: OPS, 2003. CD44/15.

PNUD. *Armas de Fuego y Violencia*. San Salvador: Pnud, 2003.

PNUD/AVESA. *Violencia de Género contra las Mujeres: situación en Venezuela*. Caracas: Editorial Nueva Sociedad, 1999.

SANTACRUZ, M. & CONCHA-EASTMAN, A. *Barrio Adentro: la solidaridad violenta de las pandillas*. San Salvador: Iudop-OPS, 2001.

SANTACRUZ, M. & PORTILLO, N. *Agresores y Agredidos: factores de riesgo de la violencia juvenil en las escuelas*. San Salvador: Iudop, 1999.

WHO. *Injury, a Leading Cause of the Global Burden of Disease*. Geneva: WHO, 1999.

WHO. *World Report on Violence and Health*. Geneva: WHO, 2002.

ZUBILLAGA, V. *Entre Hombres y Culebras: devenir un hommme et se faire respecter dans un barrio d'une ville latinoamericaine*. Louvain-la-Neuve: Université Catholique de Louvain, 2003.

ZUBILLAGA, V. & BRICEÑO-LEÓN, R. Exclusión, masculinidad y respeto: algunas claves para entender la violencia entre adolescentes en barrios. *Nueva Sociedad*, 173:34-78, mayo-jun. 2001.

37. DIFERENCIACIÓN ESPACIAL DE LA VIOLENCIA EN AMÉRICA LATINA

Luisa Iñiguez Rojas
Simone M. Santos
Christovam Barcellos

La distribución espacial de problemas de salud es un tema de renovado interés. La aproximación a la espacialidad de la violencia, como un complejo grupo de problemas de salud pública, enfrenta numerosas dificultades. El presente trabajo explora el conocimiento de la desigual distribución de la violencia en América Latina e individualiza limitaciones y oportunidades para avanzar en la identificación de sus contextos espaciales. Analiza de forma particular las limitaciones de la diferenciación territorial de la mortalidad por causas externas, y expone hallazgos contradictorios en diferentes investigaciones que procuran asociaciones entre violencia y variables e indicadores económicos y sociales, en diferentes territorios. Se destacan algunas restricciones en la determinación de contextos espaciales de la violencia, y se sugieren procedimientos que recuperen el substrato estructural de otros tipos de violencias para que avancen en la identificación de patrones espaciales de su distribución, como el tránsito de niveles de análisis espacial.

La violencia, como cualquiera de los procesos y fenómenos humanos, se produce y se concreta en determinados espacios con mayor intensidad que en otros, como expresión de la complejidad y heterogeneidad que la fundamenta. América Latina se ha reconocido entre las regiones más desiguales y violentas del mundo.

La fragmentación del territorio latinoamericano en países se ha desarrollado por sobre las huellas de una compleja historia de ocupación humana sobre un substrato de elevada diversidad ambiental biofísico-química y sociocultural. Durante el último siglo, fueron superpuestos nuevos procesos político-económicos que complicaron la diferenciación intra e interpaíses, en una doble expresión de homogeneización y heterogeneización de la vida. Pero, sobre todo, posibilitaron el encuentro permanente de diversos grupos poblacionales con medios científico-técnico-informacionales, que favorecieron la ampliación de las desigualdades y las inequidades sociales.

La distribución espacial de la violencia, como cualquiera de los problemas de salud, no es aleatoria. Los patrones espaciales que diseñan estas distribuciones al interior de los territorios

son un marco para la interpretación de los procesos que la sustentan, y en especial para las estrategias de su reducción.

El presente trabajo aborda el tema de la diferenciación espacial de la violencia en América Latina, con el objetivo de caracterizar dificultades y oportunidades para profundizar en el conocimiento sobre la asociación entre organización, dinámica espacial y producción social de violencia en la región.

La Geografía de la Violencia. Agregados de Causas Externas y de Territorios

Estadísticas disponibles en la OPS (1997, 1998) permiten constatar la diferenciación de la violencia interpaíses y agregados en 'subregiones'. Así, en 1986 la mortalidad por causas externas fue de 125,7 por cada 100.000 hab., en El Salvador y 19,3 por cada 100.000 hab., en la isla de Jamaica. Con más de 100 muertes por cada 100.000 hab., aparece además Colombia. En comparación con el año 1980 se observa una disminución de las tasas –a excepción de Brasil y Cuba–, una tendencia a la reducción de los accidentes, un discreto aumento de los suicidios y una extrema variabilidad de los homicidios entre países (OPS, 1994; Yunes, 1993).

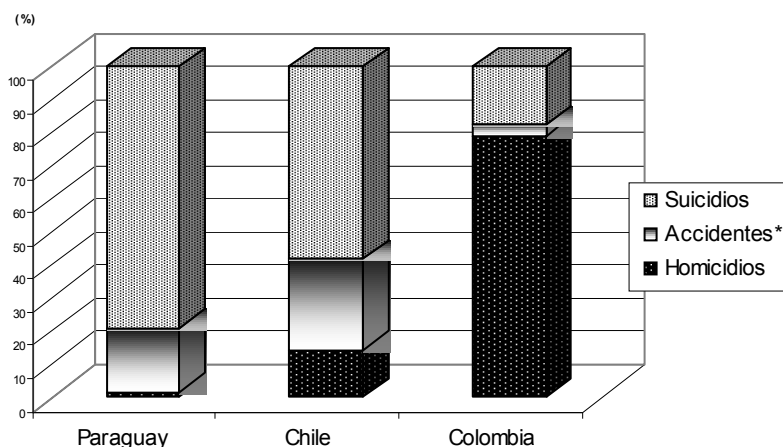
Las tasas de mortalidad por causas externas entre 1990 y 1995 (OPS, 1998), presentaron similares amplitudes de variación. Fueron más bajas en Barbados con 40,5 por cada 100.000 hab. y Costa Rica con 41,9 por cada 100.000 hab., alcanzando valores superiores a 100 nuevamente en El Salvador y Colombia (120,1 y 148,9 por cada 100.000 hab. respectivamente).

Como regularidad de la diferenciación territorial se aprecian las tasas más bajas en los países del Cono Sur, y en dos países del istmo centroamericano (Panamá y Costa Rica), subregión con tasas de las más altas de la región.

En la información estadística común, la mortalidad por causas externas tiene limitadas potencialidades para el análisis de la diferenciación territorial de la ocurrencia de cada una de las causas agregadas. Ello resulta evidente para las tasas de homicidios y accidentes, tanto a nivel de subregión como por estados o países, y principalmente en ciudades.

Las tasas de mortalidad por accidentes de tránsito de vehículos de motor y la de homicidios fueron exactamente iguales para América Latina y el Caribe en 1994 (18,4 por cada 100.000 habitantes); no obstante, la tasa de homicidios duplicó la de accidentes en el área andina, y en el Cono Sur sucedió exactamente lo contrario (Iñiguez, 2000).

Las amplias variaciones en la distribución proporcional de la desagregación de estas causas en países seleccionados pueden apreciarse en el Gráfico 1.

Gráfico 1 - Distribución poporcional de causas externas 1990-1994

* de vehículos de tránsito.

Fuente: OPS, 1997.

En un estudio sobre la tendencia de la mortalidad por homicidios, suicidios, accidentes de tráfico y otras causas externas en la población total –adolescente y joven de 16 países de la región– con información comprendida entre los años 80 y el último año disponible de la década del 90, se evidencia que los accidentes de tránsito, determinante principal de la mortalidad por causas externas, presentan una tendencia decreciente, a excepción de Colombia y Brasil, con una tendencia ascendente. Por el contrario, en 10 de los países estudiados se observa un ascenso progresivo de los homicidios en todos los grupos analizados (Yunes, 1999).

En Venezuela, la mortalidad por causas externas en 1996 era de más de 100 por cada 100.000 hab. en el Distrito Federal, y de menos de 20 por cada 100.000 hab. en el estado de Anzoátegui. En varios estados, la tasa de mortalidad por homicidios era mayor a 20 por cada 100.000 hab. y en otros, menor de 5 por cada 100.000 hab. Mientras, la tasa de mortalidad por suicidios y lesiones autoinflingidas en el Distrito Federal era de las más bajas del país, con 1,7 por cada 100.000 hab. (Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, 1999).

En Perú, las tasas de mortalidad en 1995 por causas externas variaron entre 12 por cada 100.000 hab. en Lima –donde se asienta la capital– y 89,8 por cada 100.000 hab. en Moquegua. Llama la atención que, en departamentos donde se registran las tasas más elevadas, los subregistros de mortalidad llegan a superar el 50% –como en el departamento de San Martín– o son relativamente bajos, de aproximadamente el25%, como en Arequipa. En los departamentos de Lima y el Callao se observan para este año, las tasas más bajas del país y los menores subregistros de mortalidad, con 10% y 0% respectivamente (Oficina de Estadística e Informática, 1998).

La mortalidad por causas externas en 1999 en las regiones de Brasil fue de 87,3 por cada 100.000 hab. en la región sudeste y 51,3 por cada 100.000 hab., mientras se observa una amplia variación entre estados –hasta de una misma región– y entre causas como accidentes y homicidios. Por ejemplo, estados de la región norte como Amazonas (AM) y su vecino Roraima (RR), presentan notables diferencias en la mortalidad por causas externas y en su distribución por causas, mientras estados como Santa Catarina y Río Grande del Sur presentan una tasa total igual (74,6 por cada 100.000 hab.) pero una estructura de causas notablemente diferente (Gráficos 2-3).

Gráfico 2 - Mortalidad por causas externas. Brasil por regiones

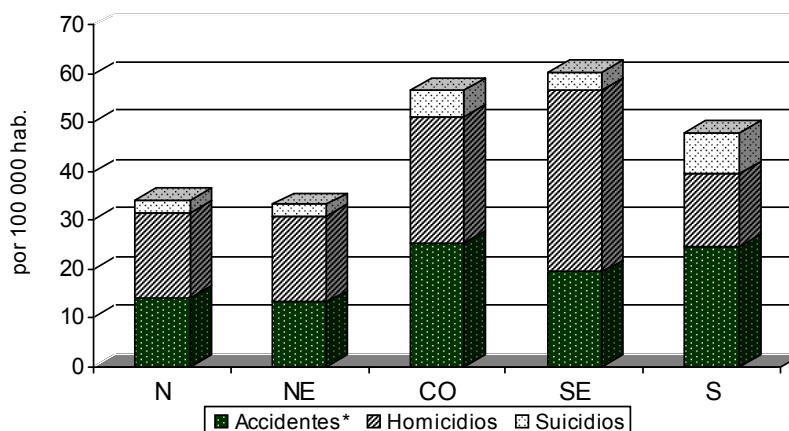
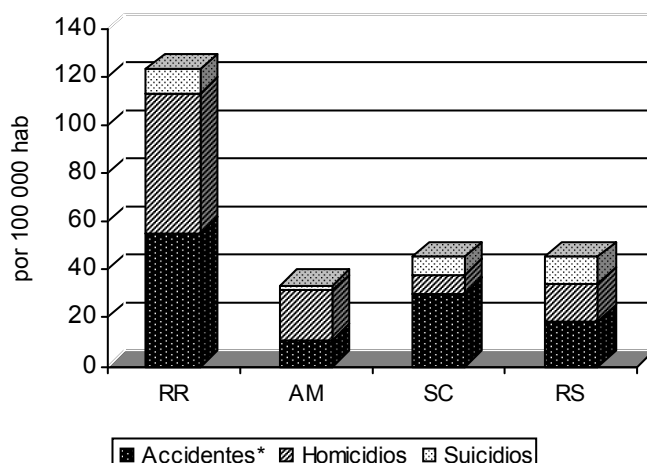
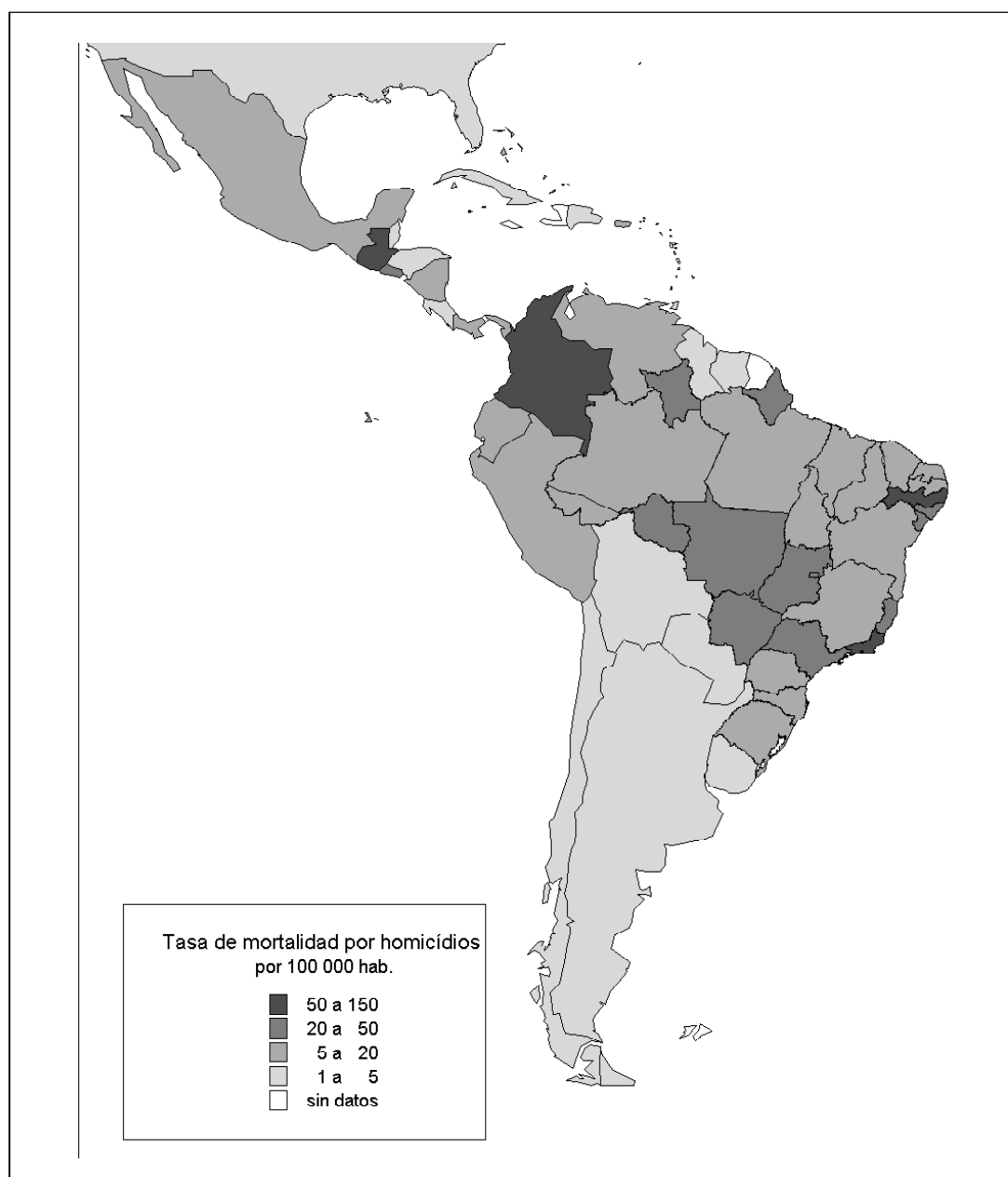



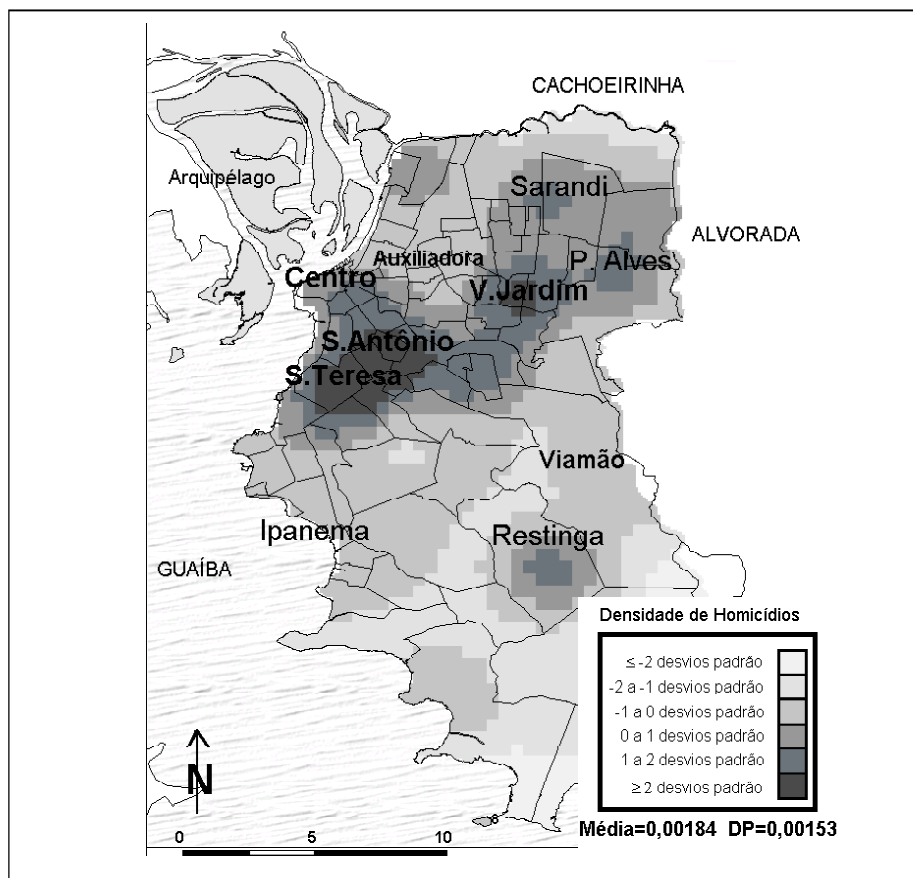
Gráfico 3 - Mortalidad por causas externas. Brasil. Estados seleccionados

*de transporte

Fuente: Ripsa, 2001.

En 1990, América Latina y el Caribe fue la segunda región con la tasa más alta de homicidios del mundo (OPS, 1997). Tasas superiores a 100 por cada 100.000 hab. se observaban en Guatemala y Colombia, mientras Chile obtenía una tasa de 2 defunciones por cada 100.000 hab.

Figura 1 - Tasa de mortalidad por homicidios en los países de América Latina (OPS, 1998) y estados de Brasil (Datasus, 2000)

La distribución espacial de la violencia en la escala continental es dinámica y de ningún modo debe considerarse una evaluación del riesgo de uno u otro país. Las guerras y conflictos locales pueden cambiar rápidamente el cuadro de la violencia en América Latina. Este fue el caso de los conflictos armados en El Salvador y Nicaragua en los 70 y 80. Durante los años 90, estos conflictos fueron aminorados pero se intensificaran las acciones armadas en Colombia. Comparando la mortalidad por homicidios a finales de la década del 70 e inicios de los 80, con la de fines de los 80 e inicios de los 90, en 15 países de la región se evidencia su incremento, a excepción de México y Paraguay (OPS, 1997).

Estas diferencias también han sido apreciadas en el interior de ciudades. En un estudio sobre la distribución espacial de muertes violentas en Porto Alegre, analizando la localización de las residencias de las víctimas y la densidad de población, fueron observados patrones espaciales diferentes para las muertes por homicidios, suicidios y accidentes de tránsito (Santos, 1999). Los homicidios estaban concentrados en la periferia inmediata de la ciudad, donde se ubican los principales núcleos de población pobre ('favelas') (Fig. 2).

Figura 2 - Densidad de homicidios en Porto Alegre (Santos, 1999)

De forma similar, en ciudades de estos países las variaciones llegaban a 248 por cada 100.000 hab., en Medellín, y 2,2 por cada 100.000 hab. en Santiago de Chile (Buvinic, 1999).

En Colombia se ha constatado que las tasas de homicidios no sólo tienen una amplia variación entre departamentos sino que esta variación también se amplía en el tiempo. Así, entre 1973 y 1976 las tasas extremas se localizaron en los departamentos de Guainia –1,9 por cada 100.000 hab.– y Casanare –94,4 por cada 100.000 hab.–. Entre 1991 y 1996, Guainia desciende ligeramente su tasa a 1,2 por cada 100.000 hab., mientras Antioquia alcanza una tasa de 172,9 por cada 100.000 hab.

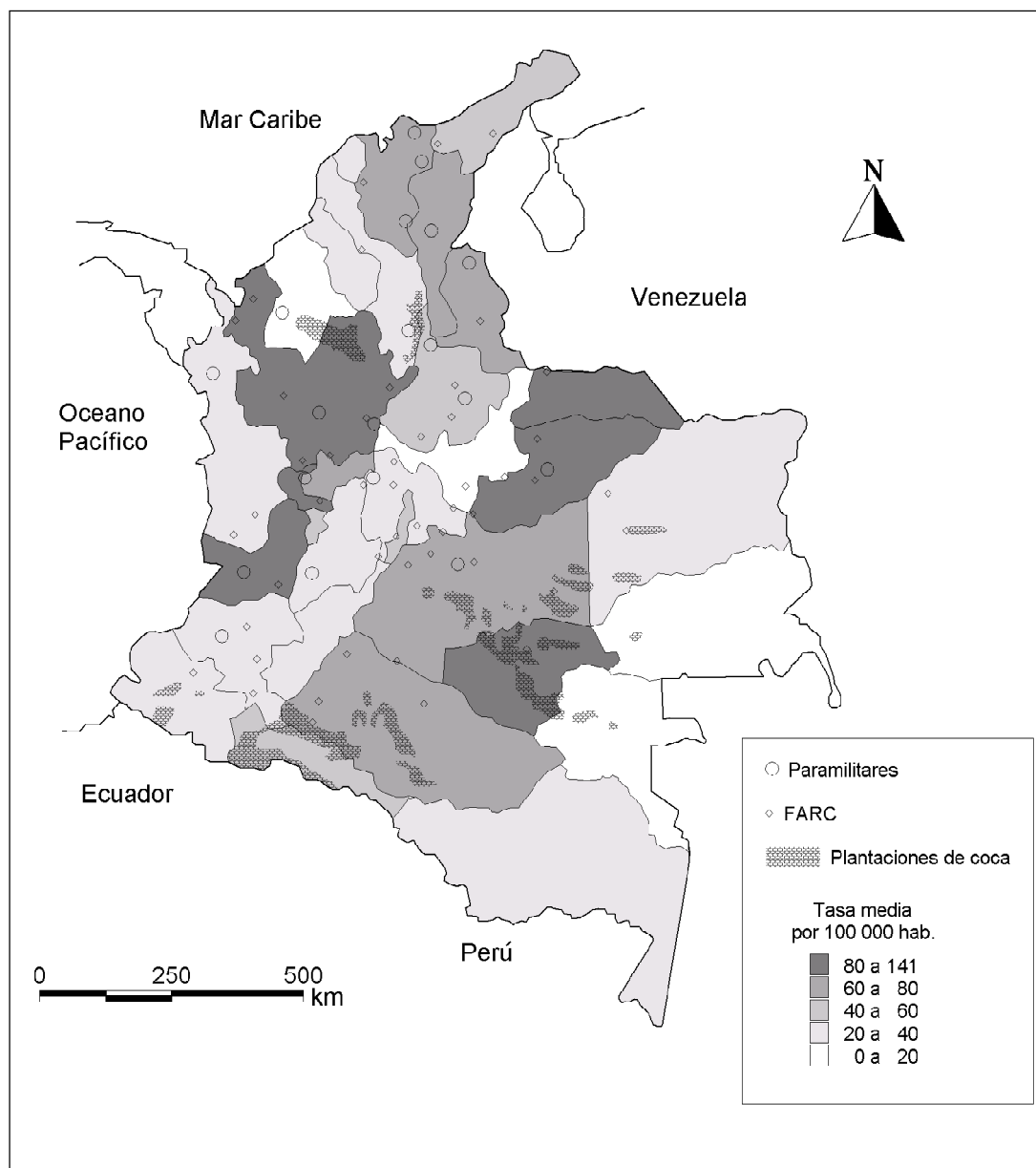
A pesar de la disminución de las tasas en la primera mitad de la década del 90, descienden sólo en 14 de sus 32 departamentos, mientras Guaviare y Antioquia –de tasas críticas– las mantienen e incluso incrementan. En la última mitad de la década del 90, las tasas se elevan en 28 de los 32 departamentos, y como regularidad se observa que los departamentos de la costa atlántica obtienen las más bajas tasas.

Desde inicios de la década del 90 es posible identificar dos espacios críticos, integrados por departamentos de la parte suroccidental y central, en la zona andina, con las tasas más elevadas –donde se asientan ciudades fuertemente involucradas con el narcotráfico– y en los llanos de la Orinoquia y región Amazónica, donde existen amplias áreas de cultivos de coca. La parte noroccidental y el extremo occidental del país mantienen tasas relativamente bajas (Figura 3).

Se ha planteado que las tasas de homicidios en el 2001 evidencian cambios en el mapa de la violencia en Colombia y en los departamentos que integran el 'espacio crítico' de la zona andina: éstos alcanzan tasas más bajas que el espacio que integran Guaviare y Putumayo, donde ha sido constatado el aumento de las áreas de cultivos de coca, desde finales de la pasada década (Franco, 2003).

En Guatemala, donde las tasas de homicidios parecen evolucionar más lentamente que en países vecinos del istmo centroamericano, también se ha llamado la atención sobre la variabilidad interna de la mortalidad por homicidios. Según cifras de diferentes instituciones, algunos departamentos como Petén, Jutiapa, Escuintla y Santa Rosa –al sur del país– obtienen tasas muy altas, mientras en otros departamentos del norte son bajas, como en Alta Verapaz, Quiché y Huehuetengo. En la tasa medias de homicidios en el período 1986-1998 se destacan variaciones de 4,5 por cada 100.000 hab., en Alta Verapaz y de aproximadamente 60 por cada 100.000 hab. en el vecino departamento del Petén (Cien, 2002).

En varios estudios ha sido distinguido en el interior de los homicidios, los ocurridos con armas de fuego. Entre 1986 y 1998, la proporción de homicidios por armas de fuego, del total de homicidios en Guatemala, pasó de 57,4% a 76,8% (Cien, 2002). En 1990, la proporción de homicidios por armas de fuego en la Ciudad de México fue de 68% para los hombres y 56% para las mujeres (FMS/CES, 1998).

Figura 3 - Tasa media de mortalidad en los años 1992-1996 en los departamentos de Colombia, cultivo de coca y presencia de grupos armados

Elaborado por los autores según Nuñez (2002).

Investigando los homicidios en Brasil en la década de los 80, fue constatado que en capitales de las regiones metropolitanas se produjo un incremento en la proporción de muertes por armas de fuego, cuya contribución en las muertes violentas de 1980 a 1989 pasó de 14,5 a 26%. Se destacan las cifras elevadas de las ciudades de Recife y Río de Janeiro, con 38,2% y 46,8% respectivamente del total de muertes violentas (Souza, 1994).

En una investigación desarrollada en el estado de Río de Janeiro entre 1979 y 1992, se demostró que el incremento de la mortalidad por causas externas se debió a los homicidios, y dentro de ellos a los acontecidos por armas de fuego. Analizando la espacialidad de estas muertes, fue caracterizada la interiorización del proceso que, iniciado en la región metropolitana, se difundió rápidamente en la década del 80, alcanzando la más alta tasa de variación anual en el interior, en comparación con la capital y el cinturón metropolitano, lo que según los autores niega la concentración de la violencia en los bolsones de pobreza de las metrópolis del país (Szwarcwald & Castillo, 1999).

Estas observaciones permiten dos reflexiones: la primera en cuanto a la importancia de la desagregación de las 'causas externas' en el estudio de los espacios de violencia, y en especial en los homicidios, donde se incrementa la participación de redes de tráfico de armas o de drogas. La segunda, la necesidad de ampliar la observación espacial de la violencia mas allá de las regiones metropolitanas y grandes ciudades o de su agregación por estados o departamentos, unidades que suelen ser abordadas con mayor frecuencia.

La Medición de la Violencia: Indicadores y Asociaciones Territoriales

Tal vez como en ningún otro problema de salud pública, la violencia y sus múltiples expresiones son uno de los más claros ejemplos de desequilibrios socio-psicobiológicos, donde se hacen efectivas las interconexiones entre lo social y lo individual, lo subjetivo y lo objetivo, lo histórico y lo reciente, o coyuntural. Por lo tanto, el tema de la violencia rechaza las dicotomías y prioriza las articulaciones que soportan la reproducción social de grupos.

En general, tanto los trabajos de corte teórico como los de corte empírico sobre la violencia, insisten en la amplitud, complejidad y multicausalidad de su expresión. La violencia ha sido categorizada según diversas variables de partida, en general no excluyentes: las víctimas, los agentes, la naturaleza del acto violento, la intención, el motivo y el lugar –'los espacios de la violencia'–.

La clasificación de las manifestaciones de la violencia social propuesta por (Minayo, 1994a) considera la existencia de la violencia estructural, la cultural, la delincuencia y la violencia de resistencia. La autora resalta la articulación indisoluble entre las tres primeras, colocando la violencia estructural como el substrato de la generalidad y especificidad de la expresión de las demás. En el caso de la violencia de resistencia, se destaca su papel como vía para el establecimiento de la justicia, dejando claro por tanto su asociación con la violencia estructural.

Así, la violencia se nutre de hechos políticos, económicos y culturales que se traducen en las relaciones cotidianas, construidas socialmente y en determinados contextos. Estos pueden ser, por tanto, deconstruidos y superados mediante articulaciones de la sociedad y del Estado (Chesnais, 1999; Minayo, 1999; Souza et al., 2003).

Estas observaciones, además de dejar en claro la posibilidad de prevención y control de la violencia, evidencia la necesidad de un cuidadoso manejo de los procesos en el marco temporal, que exige la articulación de factores históricos y recientes, incluyendo las coyunturas mediadoras. Es por ello que en el marco operacional se requiere de una definición más cuidadosa y fiel a los marcos teóricos que se definen en cada estudio.

Asumiendo el concepto de contexto explicativo como un conjunto especifico de condiciones y situaciones culturales, económicas y político-sociales en las cuales se hace racionalmente posible entender la presentación y desarrollo de un fenómeno (Franco, 1999), puede comprenderse el papel de la organización y dinámica espacial en la desigual expresión de la violencia. Todos los espacios son contextos soporte de las vidas humanas; la organización y la estructura social son también espaciales y no existe la sociedad aespacial.

La evidente concentración de la violencia, exige desarrollar acciones para desglosar las informaciones por ubicación geográfica, así como lograr mediciones complementarias a nivel nacional y regional que incluyan formas de violencia en grupos sociales específicos (Buvinic, 1999).

Al respecto, Franco 1997, plantea que un discurso sobre la violencia en Colombia , tiene que dar cuenta de las diferencias regionales y locales. La diversidad cultural, étnica y política en la realidad global del País, y las diferencias marcadas en la estructura y dinámica familiar entre la costa y la región Andina, hacen que la violencia tenga perfiles e intensidades diferentes (Franco, 1997). Esta misma idea es desarrollada en México por Hijar-Medina, López-López y Blanco (1997), considerando que las amplias variaciones de los actos violentos entre los estados del país, ponen de manifiesto la necesidad de entender el problema en el más amplio contexto de la complejidad cultural del país.

Los estudios más frecuentes sobre espacios de violencia destacan las ciudades. No obstante, son frecuentes las 'aparentes contradicciones' en la validez de resultados investigativos.

La tasa de crecimiento de las ciudades es uno de los indicadores utilizados. En la década del 80, tres de las capitales de estados brasileños que menos crecieron tuvieron las más altas tasas de muertes violentas y homicidios, mientras otras capitales con elevado crecimiento de su periferia, muy por encima de la media nacional, tuvieron las tasas más bajas de homicidios y otras violencias (Zaluar, Noronha & Albuquerque, 1994).

La aparente contradicción entre crecimiento y violencia podría disolverse si se ampliara el marco temporal de análisis. Las ciudades que menos crecieron en la década analizada tuvieron un exorbitante crecimiento en la década del 60 y 70. Gran parte de estas poblaciones y sus

descendientes continúan reproduciendo la segregación en el tejido urbano que las acogió entonces. Tal vez un indicador más detallado y en común sea el crecimiento en las últimas tres o cuatro décadas, que sin duda profundizaría los análisis.

Esta misma autora (Zaluar, Noronha & Albuquerque, 1994) señala que los intensos movimientos migratorios del interior del estado de Paraná entre 1980 y 1986 tenían como destinos principales el estado de Rondonia y la ciudad de Curitiba. En el primer caso, asociado a los frentes de colonización agrícola se produjo un acelerado crecimiento de la violencia, en particular de la tasa de homicidios, mientras en la ciudad capital del estado se mantuvieron tasas de las más bajas de la federación. Concluye así que las actividades y los equipamientos institucionales encontrados en el punto final de la migración, son más importantes que el propio movimiento migratorio o la etnia de los migrantes.

En este último caso, más que el marco temporal se profundizaría en el marco espacial, aunque también es posible plantear 'efectos menos inmediatos' de la movilidad poblacional hacia la capital, o una expresión diferencial de los conflictos de estas poblaciones.

El tamaño de las ciudades es otro de los indicadores asociados con la violencia urbana. Al respecto se ha señalado que, aunque raramente cuantificado, este hecho forma parte del inconsciente colectivo y que las ciudades pueden clasificarse en: más de 1.000.000 de hab., las más violentas; entre 100.000 y 1.000.000 de hab., en situación intermedia; y menos de 100.000 hab., las menos violentas (BID, 2000).

Según estudios de Gaviria y Pagés (2000), existe una relación creciente –aunque no lineal– entre el tamaño de la ciudad y la criminalidad en América Latina, que afecta mucho más a las zonas urbanas que a las rurales, y, dentro de las primeras, más a las ciudades grandes que a las pequeñas. El análisis de estos autores, combinando la victimización,[1] según cantidad de población de las ciudades para América Latina y en particular en Colombia, parece ser contundente. No obstante, estos hallazgos no eliminan la posibilidad de que ciudades pequeñas rurales puedan sobrepasar las tasas de victimización de ciudades más grandes. No se descuenta la influencia de la restringida disponibilidad de información en el interior de los países, y aún más en los ámbitos rurales.

Otro de los indicadores más asociados con la violencia es la pobreza. Diferentes indagaciones en la región no han encontrado una asociación clara entre pobreza y violencia, esta última, medida por la tasa de homicidio, donde encuentran mayores índices de violencia en ciudades de mayores ingresos. Al respecto, se ha citado que la validez de estas comparaciones puede ser cuestionable dado los niveles de agregación considerados (Buvinic, 1999).

[1] Proporción de familias en las cuales por lo menos uno de sus miembros fue víctima de algún crimen en los últimos 12 meses en encuestas del Latinobarómetro (Gaviria & Pagés, 2000).

De esta forma, se considera que aunque c ualquier asociación es difícil, dado los múltiples factores presentes en los hechos, al menos la violencia intencional urbana o la delincuencia son más frecuentes en los grupos de niveles socioeconómicos más bajos (Guerrero, 2000). Otros resultados demuestran la relación entre pobreza y violencia incluso controlando el efecto de otras variables (Williams, 1998).

En un estudio desarrollado por la Fundación Mexicana de Salud en 1995 sobre los homicidios en los 2429 municipios en que se divide el territorio mexicano, fueron identificados 91 municipios con tasas de más de 100 por cada 100.000 hab., y 790 sin un solo homicidio registrado en ese año. La mayor parte de los municipios con las más altas tasas eran de los más pobres y de elevada marginación del país, concluyéndose sobre la relación directa entre pobreza y riesgo de morir asesinado (FMS/CES, 1998).

En análisis sobre la mortalidad por causas violentas y homicidios para los estados y capitales brasileñas, se concluye –por el contrario– la no asociación entre pobreza y violencia, dado que estados y capitales de las más pobres del país presentan bajas tasas, mientras en estados de fuerte pujanza en la agroindustria y de enriquecimiento por actividades productivas, la tasa de muertes violentas está en torno a los 100 por cada 100.000 hab. No obstante, se señala que las regiones metropolitanas de peor desempeño en las muertes violentas son las de mayores contingentes de pobres, aunque no las de mayores proporciones de pobres, a excepción de Recife en la región nordeste (Zaluar, Noronha & Albuquerque, 1994).

Según estudio de Mello-Jorge sobre la evolución de los coeficientes de mortalidad por causas externas en las capitales brasileras para el período 1977-1994, se expone que, a pesar del crecimiento de las tasas por causas externas y en particular de los homicidios en prácticamente la totalidad de las capitales, las tasas bajas o altas se presentan en capitales de regiones de fuertes contrastes en la dinámica socioeconómica e histórico-cultural. En capitales de estados del nordeste –de los más pobres del país–, las tasas son bajas si comparamos por ejemplo con São Paulo, la más rica (Mello-Jorge et al., 1998). Mientras tanto, en el caso de Colombia se ha planteado que las ciudades de mayores ingresos son las más violentas (Franco, 1999).

Se trata de consideraciones que resaltan los peligros en la selección de indicadores generales que pueden distanciar la medición del referencial teórico, en íntima asociación con su cálculo general para la unidad territorial definida. La ciudad puede ser más rica, lo cual no la invalida de tener el mayor número de pobres, la proporción mayor de pobres entre la población total o las mayores desigualdades de ingresos *per capita* y familiares, siendo de las más ricas o de las más pobres. Tal vez no sea igual ser pobre en su espacio de origen que ser pobre inmigrante en espacios donde hay pérdidas importantes de referencial, incluyendo afectivos, como en las grandes ciudades.

La investigación en unidades espaciales al interior de la ciudad, distritos o barrios, ha demostrado la heterogénea distribución de la violencia como resultado de las especificidades

del proceso de organización y dinámica de la vida. En la Ciudad de México en 1995, fue identificado el más alto riesgo de sufrir homicidios en el área más central antigua de la ciudad, y todavía mayor en el área periférica de más reciente ocupación (FMS/CES, 1998).

En la ciudad de São Paulo, para el período 1988-1994, fue hallado un riesgo 3 veces más alto de morir asesinado en la parte sur de la ciudad –caracterizada por condiciones de vida más desfavorables y menor densidad policial– y riesgos bajos en la parte central de la ciudad (Barata et al., 1998:21).

Por otra parte, la no correspondencia entre condiciones de vida desfavorables y mayores tasas de homicidios, se ha encontrado en estudios que generalmente dividen la ciudad en estratos. (Souza, 1994; Lima, 1998; FMS/CES, 1998). Estos resultados argumentan la necesidad de encontrar indicadores más precisos y agregaciones espaciales internamente más homogéneas, lo cual no significa necesariamente de menor extensión.

En investigación sobre la distribución de homicidios en la ciudad de Recife (Brasil) según condiciones de vida, se obtuvo una relación inversa entre tasas por homicidios y condiciones de vida en los tres primeros estratos, mientras en el cuarto estrato –el más desfavorecido–, la tasa de homicidios descendía. Las autoras sugieren que participan en la justificación de este resultado el hecho de que barrios comprendidos en este último estrato son de menor densidad de población y de poblamiento más antiguo y estable, en comparación con otros barrios pobres de la ciudad, próximos a urbanizaciones de clase alta o a áreas con desarrollo de actividades atractivas como el turismo (Lima, 1998).

Tomando como unidad de análisis las regiones administrativas del municipio de Río de Janeiro, fue demostrada una alta correlación entre las tasas de homicidios y la densidad de población de 'favelas' (Szwarcwald et al., 1999). Beato Filho y colaboradores (2001), al estudiar la distribución espacial de homicidios en la ciudad de Belo Horizonte, halló que en el riesgo mayor de homicidios se concentraba en las favelas. En un reciente estudio desarrollado por Melgaço (2003) sobre los territorios de violencia en la ciudad de Campinas, se reitera la concentración de la pobreza y de los homicidios en el sudoeste de la ciudad, y de los secuestros-relámpagos en las áreas centrales y norte, donde los ingresos familiares son más elevados. Se demuestra también la relación entre el incremento de la criminalidad y el crecimiento de las favelas en determinados espacios (Sugimoto, 2003).

Entre los estudios de distribución espacial de la violencia, según perfiles socioeconómicos, se ha destacado la desigualdad como un importante componente explicativo, dado los múltiples condicionantes que en ella se sintetizan. La desigualdad social, más que la pobreza en términos absolutos, está correlacionada con el crecimiento y las altas tasa de violencia (Kawachi et al., 1997).

Trabajando con índices de pobreza en Colombia, no se encuentra correspondencia entre incremento de homicidios y de la población por debajo de la línea de pobreza (LP), mientras se halla con la proporción de población con necesidades básicas insatisfechas (NBI) (Franco, 2003).

Generada en el ámbito del Estado-nación y con una fuerte relación con componentes mundiales o globales, históricos y recientes, la desigualdad expresa las distancias entre las condiciones de reproducción social de grupos en espacios poblacionales, se hace visible en cualquier escala geográfica y está atravesada por múltiples mediadores históricos-culturales. La persistencia de altos niveles de inequidades, precisión que destaca las desigualdades moralmente injustas, se han destacado como una de las condiciones de la violencia estructural (Franco, 2003).

Tanto en la historia de estudios de sociología urbana como en los más recientes de corte ambiental, se han identificado espacios con más elevada segregación, generalmente donde el suelo urbano tiene menos valor, como por ejemplo proximidad a áreas industriales, cementerios, aeropuertos, planicies fluviales inundadas y otros. Investigaciones sobre violencia urbana identifican estos espacios con el mayor riesgo de homicidios (Minayo, 1994b; Barata et al., 1998; Strohnmeier, 1998).

Las investigaciones sobre violencia y desigualdad encuentran generalmente relaciones directas (Fajnzylber, 1997), al contrario de otros indicadores anteriormente comentados. La operacionalización más repetida se da mediante los diferenciales de ingresos. En un estudio desarrollado en áreas metropolitanas de los Estados Unidos de América, se halla que la desigualdad es más importante que la cantidad o proporción de pobres en un territorio (Blau, 1982). Al estudiar la mortalidad en áreas estadísticas metropolitanas de los Estados Unidos de América, Lynch y colaboradores (1998) hallaron que tanto en áreas de bajos como de altos ingresos *per capita*, la mortalidad crece con la inequidad de los ingresos dentro de cada área.

Analizando estudios que asocian la iniquidad con la violencia, Franco (2003) destaca resultados que demuestran la positiva relación entre inequidad de ingresos y altas tasas de homicidios en Colombia, mientras otro de menor rigor concluye que en Colombia las regiones de mayor desigualdad no son las más violentas.

Por otra parte, se ha destacado que el efecto del crecimiento de la distancia (*gap*) entre riqueza y pobreza está mediado por las redes de relaciones sociales expresivas de la cohesión, apoyo y solidaridad, el llamado capital social (Kennedy, 1998; Kawachi, 1999). La evaluación del tejido que conforman los tres tipos de redes fundamentales que se integran en el capital social –de relaciones familiares; entre vecinos y con las organizaciones del barrio o la comunidad– aparece como un marco eficaz para avanzar en el conocimiento de la espacialidad de la violencia, y especialmente en la orientación de las intervenciones para revertir situaciones problemáticas.

No obstante, surgen preocupaciones sobre las formas de colocar en foco el capital social en la explicación de la violencia, que descuidan el marco teórico complejo de su producción y en especial el de las acciones para su reducción. En el análisis sobre la diferenciación departamental de la violencia en Colombia se encuentra que las variables significativamente asociadas a la diferenciación departamental de la violencia son la intensidad del capital social y la velocidad de progreso en la

educación, para proponer como campos prioritarios de acción, controlar el consumo de alcohol, prevenir las conductas agresivas y fomentar la cohesión social (Londoño, 1996 apud Franco, 1997). Es evidente que estas acciones no pueden avanzar sin otras que las soportan y engendran.

Las condiciones socioeconómicas desfavorables de determinado territorios, a cualquier escala geográfica de observación, no determinan comportamientos violentos *per se*. Otros factores no necesariamente asociados a ellas, como la presencia del crimen organizado, la disponibilidad de armas de fuego, la acción represiva del aparato policial, los valores culturales y religiosos o su pérdida, participan en la desigual intensidad de expresión en países, regiones, ciudades o barrios. Pero –y esto debe ser lo más atendido– en cualquier territorio, a cualquier escala geográfica, es decisiva la expresión de los desaciertos de las políticas económicas y sociales, ya sea las presentes o las huellas de otras políticas pasadas.

Los Contextos Espaciales de la Violencia

Diversos resultados de investigación permiten identificar ciertos espacios de mayor vulnerabilidad a la violencia: los urbanos, de grandes metrópolis, los que han asimilado grandes contingentes de población emigrante; los nodos en las redes de narcotráfico; los de frentes recientes de asimilación agrícola, minera o turísticas; los de límites y fronteras donde se desarrollan conflictos inter o intra nacionales. En este último caso se han citado los efectos residuales de estos conflictos por la disponibilidad de armas de fuego abandonadas en espacios principalmente rurales de Centroamérica.

En todos estos espacios, la violencia se expresa en el fondo de la integración de huellas de procesos históricos, y componentes de procesos recientes y coyunturales.

La concentración de la violencia en las capitales y grandes regiones metropolitanas ha sido demostrada en numerosas investigaciones. No obstante, se han hallado tasas de homicidios más altas en la ciudad de Escuintla en Guatemala, de Río de Janeiro y São Paulo en Brasil, en Cali y Medellín, Colombia (Buvinic, 1999). Aunque dirigiendo la atención hacia la violencia en las grandes aglomeraciones humanas –'violencia urbana'–, se ha planteado la no extinción de la violencia rural (Minayo, 1994b; Franco, 1997)

Según estudios realizados en Colombia entre 1990 y 1995, el 93% de los municipios con indicadores críticos de homicidios pertenecían a la estructura rural (Rubio, 1999 apud Buvinic & Morrison, 1999). Las altas tasas de homicidios en zonas rurales del país se han asociado a operaciones de grupos armados y a la influencia de amplias extensiones de cultivos de coca en algunos de estos municipios (Cisalva, 1998). Otras investigaciones en el país han corroborado este hecho al indicar que en el departamento de Guaviare, principalmente rural, los homicidios han representado el 61% del total de muertes (Arbeláez & Ruiz, 1994 apud Franco, 1997). No obstante, si desagregamos las defunciones de este municipio se observa que en la ciudad sede (San José de Guaviare), la tasa duplica a la del resto de la población del municipio.

Por su parte, investigaciones recientes sobre violencia en El Salvador han colocado como posibilidad que al interior del país los hechos violentos tengan una intensidad mayor, dado que San Salvador –con el 31% de la población total– concentra el 24% de los homicidios registrados en 1996 (Cruz, 1998). Para Brasil se ha observado que la violencia rural se relaciona con el incremento de los conflictos de tierra, que expresan la articulación de viejas y nuevas contradicciones en el escenario nacional de la tenencia de la tierra, y la mayoría de los homicidios asociados a estos conflictos ocurren en el norte, nordeste y centro oeste del país (Minayo, 1994b). Un cambio en las formas de la violencia se evidencia mediante la progresión del crimen organizado a partir de la década del 60, que se centra en el tráfico de drogas a partir de la década del 80. Los países de América Latina tienen un particular protagonismo en esta red internacional que deja lucros para unos pocos y grandes daños principalmente a los jóvenes y niños de bajos ingresos, fácilmente incorporados por las ventajas inmediatas que ello ofrece (Minayo, 1994b; Souza, 1994; Minayo, 2002). Al analizar los corredores terrestres-fluviales principales utilizados por los circuitos legales de contrabando y de drogas ilícitas en tránsito por el Brasil actual, se ha demostrado su coincidencia con los corredores del pasado colonial, lo cual sugiere que uno de los factores que explican tal coincidencia es la 'complejidad del territorio', que influencia e inhibe el comportamiento de los individuos y de las organizaciones (Machado, 2000).

En tal sentido, se plantea que una de las manifestaciones actuales de la simbiosis entre el sistema global y el sistema de Estados nacionales es una zona gris, caracterizada por decisiones conflictivas en los espacios –global y nacionales– donde antes existía una demarcación clara entre lo 'legal' (el bien) y lo 'ilegal' (el mal). El fortalecimiento de las organizaciones criminales y su ramificación creciente en la economía legal ha sido atribuido en parte a las facilidades creadas por el sistema financiero internacional, con expresión concreta en determinados espacios propicios como las fronteras (Machado, 2000).

En algunos espacios de frontera se dan intercambios sociales intensos que potencian diferentes problemas de salud pública, y se han considerado lugares privilegiados para las interacciones entre desiguales (Foucher, 1991). Las fronteras internacionales tienen un papel notorio en la articulación de redes de interacción social, y es exigua la información sobre la relación entre el tráfico de drogas –incluyendo el consumo– y la ocurrencia de actos violentos. El avance del estudio de las redes del narcotráfico no sólo amplía la comprensión de los procesos, como desvenda la ineficacia de las políticas de los Estados-naciones en estas 'redes espaciales específicas' de violencia en la región.

Se ha señalado que diferentes niveles de análisis arrojan distintos resultados en relación con los factores que determinan la salud, y la capacidad de discernir las implicaciones entre varios niveles, más la disponibilidad de instrumentos teórico-metodológicos, permite en la actualidad enfrentar problemas de alta complejidad como el de la violencia –'concebida como problema de salud pública'– sin vernos obligados a tratarla como enfermedad, ni limitarnos a identificar factores de riesgo individual asociados a ella (Pellegrini, 1999).

En la geografía de los problemas de salud se reconoce que las diferentes escalas y unidades espaciales de estudio revelan o esconden especificidades de los procesos naturales y humanos que los condicionan. Las estadísticas basadas en agregados de información –población y evento observado–, disminuyen su potencial explicativo en contextos territoriales de elevada heterogeneidad interna, usualmente en grandes áreas y poblaciones; mientras otros potentes recursos de investigación cualitativa se articulan inusualmente en las investigaciones.

Otra limitación no menos importante en el estudio de la espacialidad de la violencia resulta de la selección de variables e indicadores. Así, cualquiera de los hallazgos –aun suponiendo similar rigor en los mismos y hasta iguales variables– puede ser contrario a otros según las diferentes definiciones operacionales. De ahí que los resultados de la diferenciación territorial de la violencia encuentren o no asociaciones con la cantidad o crecimiento de la población, con los patrones de concentración urbana o rural, o con la pobreza. Indicadores territoriales, principalmente económicos, directa o indirectamente asociados a la violencia medidos a niveles individuales y promediados para un territorio, o medidos a nivel territorial y llevado a los individuos (*per capita* o por habitantes), oscurecen los verdaderos contextos espaciales de expresión de la violencia.

Aunque las diferentes unidades territoriales de análisis, desde el continente, agregados de países, países, regiones o sus divisiones subnacionales, cumplen un determinado papel en el conocimiento sobre la diferenciación espacial de la violencia, las amplias desigualdades y la complejidad de contextos espaciales de evolución de América Latina exigen el tránsito de niveles de análisis para ganar la debida coherencia con el marco conceptual. Cada una de las representaciones que estos niveles aportan es parcial, cada una tiene la posibilidad de aprehender determinados fenómenos, ocultar o deformar otros. No obstante la articulación entre ellos, la acción es el problema esencial que determina las estrategias y tácticas generales y específicas (Lacoste, 1982)

Existen pruebas de que la diferenciación territorial de las muertes violentas se asocia a la organización espacial de los territorios. No obstante, pocas veces se introducen explícitamente indicadores que avancen en el significado de la estructura del espacio, de su capacidad de atestiguar sobre la memoria de tiempos o de acoger nuevos fijos o flujos.

La localización relativa en relación con la segregación espacial puede evaluarse tanto en la relación América Latina-América del Norte como de un barrio respecto de una ciudad. Los períodos de ocupación, morfología, compactación y dinámica de crecimiento también pueden ser indicadores regionales o locales. Aunque sea común su consideración individual, hay falta de pertenencia también de grupos en espacios, y sólo una o más de 5 generaciones reproduciéndose en un determinado espacio urbano o rural.

La incorporación de estos indicadores, algunos disponibles hasta por información censal, ampliarían la comprensión de los contextos espaciales en los cuales evolucionan los procesos de deterioro social y se concretan en un determinado tiempo, lo que pudiéramos llamar de componentes acumulados o reproducidas.

Como en la producción social de enfermedades transmisibles, las características individuales como sexo, grupo de edades u ocupación-desocupación, informa de manera concreta el perfil de la población involucrada. En el caso de la violencia, otros indicadores 'individuales' pueden apartar o sumergir a personas en las redes de violencia y debilitar o reforzar la vulnerabilidad a su ocurrencia. Mientras, difícilmente la población de los espacios críticos de la violencia escape de los efectos negativos del funcionamiento de estas redes. Los niveles de análisis individual y social, tratados tradicionalmente en la salud pública, presentan una particular complejidad en el estudio de la violencia y su espacialidad.

Los espacios del cotidiano siempre contienen una acumulación de tiempos, y los propios individuos que en ellos habitan son portadores de componentes de espacios de vida anteriores. Detrás de la expresión aparentemente súbita de actos violentos se esconde una evolución más o menos prolongada de conflictos de interacciones humanas, sintetizada en los espacios de vida y en las redes que entre ellos se teje.

El substrato estructural de la violencia está atrapado en cualquiera de los niveles geográficos de observación, aunque parezca disolverse en las escalas subnacionales o locales. En los espacios de vida se sintetiza el andamiaje de componentes políticos, económicos, sociales y culturales, que promueven o se oponen a la violencia, y de ello resulta su amplia diferenciación territorial.

Las informaciones sobre formas de violencia contra la mujer, los niños, los ancianos y otros grupos sociales, evolucionan en un mayor silencio informativo y su espacialidad es comúnmente tratada en investigaciones de barrios. Un tipo de espacio de especial criticidad sería aquel donde coincidieran con mayor frecuencia estos hechos, y las muertes por homicidios. Serían espacios prioritarios para el despliegue de diferentes intervenciones

Por último, la violencia revela siempre una red de complicidad tejida entre componentes socioculturales e históricos. La consideración de la violencia como una red (Minayo, 1989), fuerza su incorporación en la identificación de sus contextos espaciales. Es a través de las redes que pueden reconocerse las contradicciones y solidaridades en sus varios niveles de expresión. El mundo como primera totalidad, empirizada por intermedio de las redes; el territorio, un país o un Estado como formación socioespacial; y del lugar como tercera totalidad donde fragmentos de redes ganan una dimensión socialmente concreta (Santos, 1996). Así, cada nivel de estas redes informa sobre otras específicas con formas y contenidos que amparan o rechazan la violencia.

Vidas y Violencia: Reflexiones Finales

El tema de la distribución desigual de la violencia en América Latina ha sido poco abordado. La mayoría de las investigaciones se limita a las regiones metropolitanas, capitales o grandes ciudades, y en general procuran establecer asociaciones entre indicadores sociales e individuales, y tasas de mortalidad por causas violentas o externas, o con la mortalidad por homicidios. Aún parcial e incompleta, la documentación producida por los sistemas de información

en los países, diferentes instituciones y proyectos de investigaciones regionales o nacionales ha permitido aproximaciones a la heterogeneidad espacial de esta particular agregación de problemas de salud pública.

Cualquiera de las unidades territoriales de observación requiere la definición de indicadores compatibles, con la precisión del conocimiento que en ellas puede ser generado, y deben recuperar los niveles territoriales superiores o inferiores que ineludiblemente participan en la conformación de los espacios de violencia.

Al igual que en muchos otros problemas de salud, el lugar de residencia o de ocurrencia, en este caso del hecho violento, –'el último lugar'– es el disponible, mientras otros lugares –próximos o distantes física y socialmente– pueden ser decisivos en la identificación de los contextos explicativos de su producción social.

La mayoría de los indicadores con los cuales se intenta relacionar la violencia no recuperan la dimensión histórico-dinámica asociada a ella. La necesidad de contar con marcos temporales diferentes para una misma variable en diferentes territorios sugiere un especial esfuerzo de orden metodológico.

La diferenciación espacial de la violencia es un marco para la interpretación de su expresión, y un instrumento para el establecimiento de políticas de vigilancia y control. Se requiere identificar patrones espaciales de distribución, explorar nuevos abordajes metodológicos para la interpretación de los procesos de construcción de espacios críticos[2] y transitar niveles de análisis como recurso de especial utilidad para la interpretación de los procesos que la originan o mantienen, y en especial para el diseño de estrategias para su reducción.

La violencia gana mayor intensidad en determinados grupos sociales, demográficos, étnicos, lapsos de tiempo y siempre en determinados espacios. Avanzar en la tipificación de los contextos espaciales de la violencia permitirá profundizar en la explicación de cómo y por qué mueren las personas, pero en especial en el tema más urgente, de cómo vivían víctimas y victimarios.

[2] Aquel con la más favorable articulación de factores potenciadores o mediadores para la producción social del problema de salud dado, y que comúnmente alcanza las más altas tasas o las mayores notificaciones.

Referencias Bibliográficas

ARBELÁEZ, M. P & RUIZ, J. C. Vigilancia epidemiológica: indicadores y mapeo de riesgo. MSC/OPS, 1994. Citado en: FRANCO, S. D. Violencia y salud en Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2(3):170-180,1997.

BARATA, R. B. et al. Intra urban differentials in death rates from homicide in the city of São Paulo, Brazil, 1988-1994. *Social Science of Medicine*, 47(1):19-23, 1998.

BEATO FILHO, C. C. et al. Conglomerados de homicídios e o tráfico de drogas em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, de 1995 a 1999. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(5):1.163-1.171, 2001.

BID. *Desarrollo Más Allá de la Economía. IPES 2000: informe del progreso económico y Social en América Latina*. New York: BID, 2000.

BLAU, J. R. & BLAU, P. M. The cost of inequality: metropolitan structure and violent crime. *American Sociological Review*, 47:114-129, 1982.

BUVINIC, M. M. *Notas Técnicas: prevención de la violencia*. Washington D.C.: BID, 1999.

BUVINIC, M; MORRISON, A & SHIFTER, M. *La Violencia en América Latina y el Caribe: un marco de referencia para la acción*. Washington D.C.: BID, 1999.

CHESNAIS, J. C. *A Violência no Brasil: causas e recomendações políticas para sua prevenção. Ciência e Saúde Coletiva*, 4(1):53-70, 1999.

CIEN, *Magnitud y Costo de la Violencia en Guatemala*. Guatemala: Cien, 2002. (Carta econômica, 230)

CISALVA. *Dimensionamiento de la violencia en Colombia*. Washington, D.C.: BID, 1998. (Oficina del economista principal)

CRUZ, M. J. & ROMANO, L. E. *La Violencia en El Salvador en los Años Noventa: magnitud, costos y factores posibilitadores*. Washington D.C.: BID, 1998.

FAJNZYLBER, P. *What Causes Crime and Violence?* Washington, D.C.: The World Bank, Office of the Chief Economist Latin American and the Caribbean, 1997.

FOUCHER, M. *Fronts et Frontières*. Paris: Fayard, 1991

FRANCO, S. Violencia y salud en Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2(3):170-180, 1997.

FRANCO, S. *El Quinto: no matar. Contextos explicativos de la violencia en Colombia*. Bogotá: Iepri, Universidad Nacional, Tercer Mundo Editores, 1999.

FRANCO, S. Momento y contexto de la violencia en Colombia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29:1, 2003.

FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA SALUD. CENTRO DE ECONOMÍA Y SALUD. *Análisis de la Magnitud y Costos de la Violencia en la Ciudad de México*. Washington, D.C.: BID, 1998.

GAVIRIA, A & PAGÉS, C. Patterns of crime victimization in Latin America. Citado en: IPES. *Desarrollo Más Allá de la Economía: informe del progreso económico y Social en América Latina*. New York: BID, 2000.

GAVIRIA, A. & STEIN, E. *Urban Concentration in Latin America and the World*. Washington D.C.: BID, 1999. Citado em: IPES. *Desarrollo Más Allá de la Economía: informe del progreso económico y Social en América Latina*. New York: BID, 2000.

GUERRERO, R. La violencia desde la perspectiva de la salud pública. In: BRICEÑO LEÓN, R.; MINAYO, M. C. & COIMBRA, C. (Coords.) *Salud y Equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

HIJAR-MEDINA, M.; LÓPEZ-LÓPEZ, M. V. & BLANCO, M. J. *La Violencia y sus Repercusiones en la Salud: reflexiones teóricas y magnitud del problema en México. Salud Pública de México*, 39(6), 1997.

IÑIGUEZ, L. R. Desigualdades espaciales del bienestar y la salud en América Latina: problemas éticos y metodológicos. In: BRICEÑO LEÓN, R.; MINAYO, M. C. & COIMBRA, C. (Coords.) *Salud y Equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

KAWACHI, I. & KENNEDY, B. The relationship of income inequality to mortality: does the choice of indicator matter? *Social Science & Medicine,* 45(7):1.121-1.127, 1997.

KAWACHI, I.; KENNEDY, B. B. & WILKINSON, R. G. Crime: social disorganization and relative deprivation. *Social Science & Medicine*, 48:719-731, 1999.

KENNEDY, B. P. et al. Social capital, income inequality, and firearm violent crime. *Social Science & Medicine*, 47(1):7-17, 1998.

LACOSTE, Y. Différents niveaux d'analyse géopolitique: du planétaire au local et du local au planétaire. Latin American Regional Conference. Rio de Janeiro: UGI, II:241-244, 1982.

LIMA, M. L. Violência e morte: diferenciais da mortalidade por causas externas no espaço urbano de Recife. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(4): 829-840, 1998.

LONDOÑO, J. L. Violencia, psychis y capital social. Conferencia Anual del Banco Mundial para el Desarrollo en América Latina y el Caribe, II. Bogotá, Colombia. 1996. Citado en: FRANCO, S. D. Violencia y salud en Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública,* 1(2):26, 1997.

LYNCH, J. W. et al. Income inequality and mortality in metropolitan areas of the United States. *American Journal of Public Health*, 88(7):1.074-1.080, 1998.

MACHADO, L. O. Limites e fronteiras: da alta diplomacia aos circuitos de ilegalidade. *Território*, ano V(8):31-46, 2000.

MELLO-JORGE, M. H.; GAWRYSZEWSKI, V. P. & LATORRE, M. D. Análise dos dados de mortalidade. *Revista de Saúde Pública*, 31(supl.4): 5-25, 1998.

MINAYO, M. C. S. *Interdisciplinaridades na Compreensão da Violência e Saúde*. Rio de Janeiro: Claves, Ensp, 1989. (Mimeo.)

MINAYO, M. C. S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública (O Impacto da Violência Social sobre a Saúde)*, 10(supl.1):7-18, 1994a.

MINAYO, M. C. S. Inequality, violence and ecology in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 10 (2):241-250, 1994b.

MINAYO, M. C. S. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciencia e Saúde Coletiva,* 4(1):7-23, 1999.

MINAYO, M. C. S. Temos um tipo de violência que não é só brasileiro. *Revista da Saúde*, ano III(3), dez. 2002.

MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Situación de Salud en Venezuela: indicadores básicos*, 1999.

NUÑEZ, N. *Violencia en Colombia: mortalidad por homicidios a finales del siglo XX*, 2002. Tesis de Doctorado, La Habana: Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humanos, Universidad de la Habana, Cuba.

OFICINA DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Situación de Salud en el Perú*: *indicadores básicos*, 1998.

OPS. *Las Condiciones de Salud en las Américas*. Washington, D.C.: OPS, 1994.

OPS. *Indicadores Básicos*. Washington, D.C: HDP/HDA, 1997.

OPS. *Indicadores Básicos*. Washington, D.C: HDP/HDA/98. 01, 1998.

PELLEGRINI, F. La violencia y la salud pública, *Reviata Panamericana de Salud Pública*, 5(4/5):219-221, 1999.

RIPSA. *Indicadores y Dados Básicos para a Saúde, Brasil*, 2001.

RUBIO, M. *Crimen e Impunidad: precisiones sobre la violencia*. Bogotá: CM Editores, 1999. Citado en: BUVINIC, M. & MORRISON, A. *Notas Técnicas: prevención de la violencia.* Washington, D.C.: BID, 1999.

SANTOS, M. *A Natureza do Espaço*. São Paulo: Hucitec, 1996.

SANTOS, S. M. *Homicídios em Porto Alegre, 1996: análise ecológica de sua distribuição e contexto socioespacial*, 1999. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Epidemiologia, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

SOUZA, E. R. Homicídios no Brasil: o grande vilão da saúde pública na década de 80. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(supl.1):45-60, 1994.

SOUZA, E. R. et al. *Avanços do Conhecimento sobre Causas Externas no Brasil e no mundo: enfoque quanti e qualitativo*. In: MINAYO, M. C. et al. (Org.) *Violência sob o Olhar da Saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

SZWARCWALD, S. L. & CASTILLO, E. A. Mortalidade por armas de fogo no estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma análise espacial. *Revista Panamericana de Salud Pública,* 4(3):161-170, 1998.

SZWARCWALD C. L. et al. Income inequality and homicide rates in Rio de Janeiro, Brazil. *American Journal Public Health*, 89(6):845-50, 1999.

SUGIMOTO, L. Geógrafo mapeia territórios da violência. *Jornal da Unicamp*, Campinas, 12 a 18 de maio 2003. Sala de Imprensa. http://www.unicamp.br/unicamp/unicamp_hoje/jun/maio2003/ju212jpg3a.html

WILLIAMS, K. R. & FLEWELLIG, R. L. The social production of criminal homicide: a comparative study of disaggregated rates in american cities. *American Sociological Review*, 53:421-431, 1998.

YUNES, J. Mortalidad por causas violentas en la región de las Américas. *Boletin Oficina Sanitaria Panamericana,* 114(4):302-16, 1993.

YUNES, J. & ZUBAREW, T. Mortalidad por causas violentas en adolescentes y jóvenes. Un desafío para la región de las Américas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2:102-171, 1999.

ZALUAR, A.; NORONHA, J. & ALBUQUERQUE, C. Violência: pobreza ou fraqueza institucional? *Cadernos de Saúde Pública*, 10(supl.1):213-217, 1994.

38. HOMENS, SAÚDE E VIOLÊNCIA:
NOVAS QUESTÕES DE GÊNERO NO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA

Márcia Thereza Couto
Lilia Blima Schraiber

Ao longo das duas últimas décadas, pesquisadores de diferentes campos disciplinares buscam entender os riscos diferenciados de adoecimento e morte para homens e mulheres. Nas ciências sociais e saúde coletiva, as investigações abarcam desde como e quanto questões de cuidado em saúde são contempladas por homens e mulheres, passando pelas estratégias que estes utilizam para lidar com diferentes formas de adoecimento, até de que modo os comportamentos em diversas esferas da vida (sociabilidade, lazer, família, trabalho etc.) têm reflexo no padrão coletivo de morbimortalidade para diferentes segmentos de homens e mulheres na população.

Reconhecemos que diferenciar homens e mulheres no adoecimento não constitui em si 'novidade acadêmica'. O que é novo é o enfoque que, tendo originalmente privilegiado o sujeito feminino em suas demandas por saúde e qualidade de vida, se volta para os homens, incluindo-os nas análises de gênero no campo da prevenção, promoção e cuidado em saúde.

Uma das áreas em que tal perspectiva ganha destaque é a saúde reprodutiva. Nela, as investigações que têm privilegiado o pólo feminino voltam-se recentemente para temas que exigem uma abordagem relacional de gênero como violência, anticoncepção, DST e HIV-Aids. Assim, pesquisas recentes sobre temas antes considerados do ponto de vista da mulher (aborto, planejamento familiar, por exemplo) passam a focalizar a face masculina, ampliando ainda mais a entrada dos homens como objeto de investigações. De outro lado, amplia-se também o espectro da discussão, conduzindo-se as questões, antes mais restritas à temática da reprodução (saúde reprodutiva), para a saúde dos homens e mulheres em termos mais gerais.

É, pois, a trilha dessas novas questões que pretendemos seguir e, tendo em vista a 'novidade' que os homens representam na área de estudos e intervenção que articula a perspectiva de gênero em questões de saúde, optamos por abordar, inicialmente, a constituição do campo de estudos de saúde dos homens. Em seguida utilizaremos o recorte da saúde reprodutiva e discutiremos alguns aspectos de destaque relacionados à saúde dos homens e das mulheres. Prosseguindo, debateremos sobre a problemática da violência, tanto a que diz respeito às rela-

ções entre os homens na esfera pública quanto aquela presente nas relações de afetividade-conjugalidade entre homens e mulheres, e sobre o modo como ambas as formas exercem impacto sobre a saúde dos sujeitos envolvidos.

Na escolha desse trajeto de reflexão, defendemos o argumento de que a inclusão da temática 'violência' não é apenas mais uma esfera de abordagem. Sua importância reside no fato de se tratar de uma dimensão da vida cotidiana simbólica e materialmente substantiva para a (re)produção da masculinidade e desta em sua relação com a saúde, seja na esfera pública ou privada da vida das relações. Da temática 'violência', por sua vez, nos valemos principalmente do recorte 'violência doméstica', que valoriza o espaço da vida privada e das relações afetivo-sexuais na discussão acerca das relações de gênero, em complemento aos estudos já mais desenvolvidos sobre a violência e homens no espaço público.

Saúde dos Homens: a Emergência de uma Área Interdisciplinar a Partir da Perspectiva de Gênero

Nos últimos anos, diferentes questões em torno das masculinidades irrompem com força em diferentes áreas e campos disciplinares. Na última década, a produção ganha visibilidade a partir de: 1) encontros e fóruns estimulados e apoiados por agências de cooperação internacional do sistema ONU (FNUAP e OMS); 2) seminários apoiados por agências privadas no âmbito de cooperações técnicas independentes, como a Fundação Ford e a Fundação McArthur (Arilha, 2001); 3) projetos voltados para pesquisa na academia, especialmente vinculados aos grupos de gênero e mulher; 4) pesquisas e intervenções com população masculina realizadas por ONGs que já trabalhavam com mulheres e passam a incorporar os homens, bem como novas ONGs com trabalho direcionado para parcelas da população masculina.

Na análise das repercussões desse campo emergente em questões de saúde e em particular de saúde reprodutiva e, especificamente, no âmbito da violência e suas repercussões para a saúde, é importante situar o desenvolvimento dos estudos e intervenções sobre homens e saúde da perspectiva de gênero.

Desde os anos 80, universidades anglo-americanas formam uma subárea de reflexão interdisciplinar que se dedica exclusivamente ao estudo do gênero masculino,[1] à maneira dos grupos universitários de vinculação feminista que se identificavam nos anos 70 como *women's studies*. Grande parte das investigações produzidas nessa área, embora desenvolvam reflexões específicas ao masculino, compreendem-se como tributárias no campo teórico e metodológico da perspectiva de gênero inaugurada pelas feministas, que se constitui fortemente como comparativa, histórica e construtivista. Em outras palavras, e à maneira de Kimmel (1992:129), os pesquisadores passam a reconhecer que, embora "durante séculos quase todos os livros publi-

[1] Para uma revisão da produção da área dos *men's studies*, ver Connell (1995) e Oliveira (1998).

cados [fossem] sobre homens", existe uma enorme diferença entre ter os homens como foco por negligenciar a participação das mulheres na vida social e o fato recente de tratar os homens (e as masculinidades) como objeto de estudo segundo o referencial de gênero.[2] Com isso, ao contrário de uma primeira fase dos estudos de gênero em que os homens foram 'deixados de lado' ou tomados como mero contraponto, as pesquisas sobre masculinidade iniciam-se num caminho já aberto e mais estruturado, especialmente com a afirmação teórica da categoria analítica 'gênero' (Arilha, Ridenti & Medrado, 1998; Leal & Boff, 1996; Kimmel, 1992; Connell, 1995, Cheng, 1999).

Como já amplamente discutido, a história da origem da categoria gênero está ligada aos posicionamentos críticos da explicação do lugar da mulher na sociedade. Assim, ela surge de forma incrustada no interior do pensamento feminista, que a propôs como categoria analítica superadora de outras matrizes explicativas.

Embora se reconheça, conforme Scott (1990), que a marca do "socialmente construído", o caráter "relacional" e a dimensão de "poder" constituam os fundamentos desta categoria, é certo que na trajetória dos estudos de gênero os aspectos relacional e de poder funcionaram, por um bom tempo, mais como um projeto a ser alcançado do que como uma real modificação na forma de conduzir pesquisas. O reconhecimento de tais dificuldades, inicialmente nos estudos sobre o objeto 'mulher' e, posteriormente, nos estudos com foco no 'homem', suscitou a tentativa de superá-las por meio da compreensão de que gênero funciona como ordenamento da prática social. Gênero, pois, passa a ser considerado como uma estrutura internamente complexa em que se sobrepõem várias lógicas diferentes, não se resumindo à mera formulação cultural de um dado natural (de uma diferença anatômica, em última instância). Procedendo-se dessa forma, ter-se-ia uma redução ou sobreposição entre masculinidade e feminilidade a homens e mulheres; e com isso seria impossível falar em várias masculinidades e feminilidades, assim como na possibilidade de transformação das relações assimétricas em seus domínios.

Segundo Saffioti & Almeida (1995), gênero, assim como classe social e raça/etnia, condiciona a percepção do mundo circundante e o pensamento. Funciona, pois, como um crivo através do qual o mundo é apreendido pelo sujeito. Gênero, classe e etnia/raça são, antes, é claro, condições de se estar no mundo social, e a própria subjetividade, tal como o pensamento e a ação, as representações e a conduta, se forja e se exterioriza nesse duplo constituinte (objetivo-subjetivo) do ser no mundo (Sartre, 1987). Não se trata de reduzir tudo a gênero, mas reconhecer que gênero, juntamente com classe, raça/etnia, são fundantes das relações entre homens, homens e mulheres e mulheres entre si.

[2] Em revisão do enfoque no masculino nas ciências sociais no Brasil, Leal e Boff (1996) mostram como os homens como sujeitos de conhecimento por longo tempo pouco se preocuparam com as influências da construção social dos sexos nos processos sociais que estudavam (família, trabalho, cultura popular, classe operária). Estavam, pois, cindidas as instâncias sujeito e objeto de investigação para os homens, enquanto as mulheres teciam uma cumplicidade densa entre tais instâncias, a ponto de serem por muitos acusadas de não fazerem ciência, mas política emancipatória.

A incorporação da perspectiva relacional e de poder que baliza a categoria gênero foi, nos estudos de homens, ainda mais tardia do que nos estudos de mulheres. A crítica de Cheng (1999) é a de que, durante muito tempo, os homens foram estudados com base numa perspectiva essencialista, como se a biologia predeterminasse seu comportamento, como se fossem todos iguais. Tal perspectiva é paulatinamente superada à medida que os estudiosos consideram importante distinguir e inter-relacionar constantemente a masculinidade como um princípio simbólico e as várias masculinidades (as várias identidades dos homens). Assim, passa-se a constatar e assumir o compromisso de analisar a complexa relação entre homens concretos e masculinidade. E isso implica adotar uma perspectiva analítica com foco nas relações sociais.

No que toca ao assunto privilegiado neste texto – violência –, percebe-se que tal abordagem suscita inovação nos estudos na medida em que se busca superar a reificação do feminino como objeto de estudo e intervenção nas temáticas violência doméstica e saúde, na polarização de homens e mulheres nos papéis de vilão e vítima, respectivamente, e na compreensão de que os impactos de relações violentas são prejudiciais à saúde tanto das mulheres quanto dos homens.

Embora os estudos de masculinidades sejam tributários da perspectiva feminista, eles passam a realizar, especialmente nos anos 90, desenvolvimentos teóricos próprios consistentes. Um de seus maiores expoentes é Connell (1995, 1997), que desenvolveu um referencial para o estudo das masculinidades a partir de uma divisão entre o padrão de masculinidade hegemônico e as masculinidades marginalizadas. Para esse autor, a masculinidade hegemônica seria uma forma culturalmente idealizada de caráter masculino. E, sendo o gênero um construto relacional, a hegemonia masculina é formada em relação às feminilidades subordinadas e masculinidades marginalizadas.

Segundo Cheng (1999), que utiliza o referencial de Connell em seus trabalhos, é preciso levar em conta que há variações no padrão da masculinidade hegemônica na história. Entendemos, portanto, que as masculinidades e feminilidades são extremamente diversas, não homogêneas, não imutáveis, fixas ou indiferenciáveis. As diferentes versões coexistem em períodos históricos e nas culturas/sociedades, bem como na marginalização de diferentes parcelas de homens. Como conseqüência dessa diversidade e desse processo dinâmico, ocorrem conflitos e disputas intra ou inter-grupos. Com isso, no estudo das masculinidades, é fundamental ter dois tipos de cuidado. Um primeiro, em que devemos evitar reduzir as análises apenas a traços ou características diretamente associáveis ao hegemônico ou ao seu polar, marginalizado, pois na vida cotidiana devemos levar em conta a posição concreta e particular dos sujeitos em cada grupo de referência. Nesse concreto particular os matizes são extremamente relevantes, mais do que, por vezes, a identificação mais genérica e simplista de hegemônico *versus* marginal. O segundo cuidado que queremos assinalar diz respeito a evitar que percamos, quase em direção oposta à do argumento anterior, a aproximação do concreto particular como realidade-síntese desses mesmos polares nas singularidades dos sujeitos, vale dizer, a norma re-feita, re-produzida.[3]

[3] Cabe salientar a perspectiva que queremos adotar da síntese norma-indivíduo e da síntese estrutura-ação, quando nos aproximamos de situações individuais ou no máximo de pequenos grupos como objeto de estudo, para trabalhá-los como situações em si mesmas tensas entre as polarizações ideais 'norma' (estrutura), de um lado, e 'indivíduo' (ação), de outro.

Com base nas discussões levantadas em torno da perspectiva de gênero que norteia os estudos das masculinidades, passamos à sua incorporação na produção acadêmica sobre saúde dos homens, especialmente quanto à saúde reprodutiva e à violência.

A Saúde dos Homens como Área Privilegiada da Abordagem de Gênero

Embora atualmente não pareça novidade defender a idéia de que processos sociais relacionados ao gênero produzem diferenças no padrão de morbimortalidade de homens e mulheres, bem como nos comportamentos de proteção à saúde, o desenvolvimento dessa linha de argumentação foi paulatinamente conformado ao longo das três últimas décadas nos campos das ciências sociais e saúde (Potvin & Frohlich, 1998; Bird & Rieker, 1999; Sabo, 2000; Laurenti, 1998; Couternay, 2000; Hong, 2000; Korin, 2001; Cheng, 1999).

Em recente revisão da literatura, Sabo (2000) discute o desenvolvimento dos estudos sobre homens e saúde nos EUA. O autor considera, tal como Couternay (2000), como marco inicial desses estudos nos EUA as análises críticas da década de 70 ao modelo biomédico, as quais buscavam discutir os padrões de morbimortalidade levando em conta as influências da cultura, as práticas sociais, o ambiente, as emoções etc.; assim como os estudos feministas que denunciavam a influência dos estereótipos de gênero nos diagnósticos e tratamento das mulheres.[4] O pensamento produzido sobre a saúde dos homens nos anos 70 teria sido, então, apenas exploratório, tangenciado pela teoria e política feministas, e conceitualmente organizava-se em torno da premissa de que a conformidade dos homens na masculinidade tradicional produzia déficit de saúde.

Nos anos 80, segundo Courtenay (2000), tal perspectiva analítica avança de forma mais consistente, observando-se, inclusive, uma mudança de terminologia: de estudos 'dos homens' para estudos 'de masculinidades'. Entretanto, destacam-se ainda nesse período as teorias de papéis sexuais que buscavam respostas para os riscos de saúde associados à masculinidade tradicional, mas que, devido à fixidade desta categoria, dificultavam a compreensão das múltiplas masculinidades. Ao final da década, o enfoque de gênero, a partir da referência da noção como um constructo social, passa a se sobrepor ao de papéis sexuais, e assiste-se à sua expansão em domínios como a epidemiologia e a sociologia médica nos EUA.

O estabelecimento da perspectiva de gênero de enfoque feminista – com seu peso nas noções de poder, desigualdade e iniqüidade – no campo dos estudos sobre homens e saúde dá-se nos anos 90. Com isso, deixa-se de lado a perspectiva de papéis sexuais – de cunho mais individual –, e a referência passa a ser o caráter socio-histórico e relacional. O foco volta-se para as relações de poder dos homens entre si e entre homens e mulheres. Inicia-se a expansão e articulação de gênero com outras categorias, tais como raça/cor, etnia, orientação sexual,

[4] Nesse período inicial das pesquisas feministas, os homens estavam fora das redes de grupos de pesquisa/intervenção sobre saúde das mulheres.

classe, geração, religião etc., a fim de se entender os processos de saúde e doença dos diferentes segmentos de homens.

Destaque-se que, nos últimos anos, os referenciais conceituais de R. Connell (1995) e M. Kimmel (1992, 1997) vêm fundamentando análises de pesquisadores, como Sabo (2000), Korin (2001) e Couternay (2000), para os quais a noção dos anos 70, 'déficit em saúde', que tem por base o não cuidado do seu corpo e da sua saúde, é agregada à nova noção de que o exercício da masculinidade gera situações de risco para a saúde dos homens.

É importante destacar, ainda, e lembrando novamente o paralelo com os estudos de classe social na crítica à medicalização, que à medida que a perspectiva de gênero vai sendo incorporada na análise dos determinantes da saúde, o modelo biomédico passa a ser questionado também no que diz respeito ao antigo padrão de estudar um sexo qualquer (geralmente o masculino) e, com base nessa população, prover um quadro dos riscos de adoecimento, especialmente em ensaios clínicos, para doenças consideradas como '*non sex especific*'.[5] Entretanto, ressaltam Bird & Rieker (1999), a simples tentativa de incorporação do sexo feminino nas pesquisas, quando não acompanhadas de uma abordagem teórica de gênero, pode favorecer o aumento da dicotomia entre mulheres e homens e se tornar uma variável 'irritante' para pesquisadores que não se preocupam em dar conta da complexidade que envolve as semelhanças e diferenças entre homens e mulheres e seus padrões de saúde-adoecimento.

Seguindo a tendência dos estudos produzidos na Europa e nos Estados Unidos, os estudos latino-americanos e brasileiros sobre homens e saúde com base na perspectiva de gênero começam a surgir no final dos anos 80. Assim, até há aproximadamente dez anos, poucos pesquisadores no campo da saúde coletiva utilizavam o enfoque de gênero como um dos condicionantes da saúde. Como exemplo dessa nova tendência, o estudo sobre o perfil epidemiológico da saúde masculina na região das Américas de R. Laurenti (1998) destaca que existe um diferencial entre os sexos, especialmente quanto a uma maior mortalidade masculina em todas as idades, além da sobremortalidade neste sexo para a quase totalidade das causas. O autor ainda mostra que, embora os indicadores que usam dados de mortalidade indiquem desvantagem dos homens, aqueles referentes à morbidade – medidos pelas demandas dos serviços e inquéritos populacionais – evidenciam, de modo geral, uma maior freqüência de adoecimentos para o sexo feminino.

---

[5] Lembramos aqui as já clássicas críticas à medicalização do social fundadas em autores como Foucault, Canguilhem e Boltanski quanto à 'dessocialização' do corpo na universalidade biológica do normal e do patológico, e quanto ao uso dos corpos dos pobres nas pesquisas para apoiar não só formas de diagnóstico e tratamento universalizadas, mas também o consumo, ao revés, de benefícios alcançados principalmente pelos grupos sociais com mais poder e privilégios. Veja-se no campo da saúde coletiva as contribuições de M. Cecília F. Donnangelo, Madel T. Luz e Jurandir F. Costa.

A Importância da Noção de Gênero nos Estudos Sobre Morbimortalidade

No que toca aos padrões de morbidade e suas diferenciações para homens e mulheres, é amplamente reconhecido que as mulheres apresentam mais altas taxas de adoecimento registrado. A incorporação de referenciais socioantropológicos com base nas diferenças socialmente construídas para os gêneros possibilitou a consideração de alguns fatores que explicariam tais diferenças: 1) as iniqüidades sociais entre homens e mulheres; 2) as maiores dificuldades econômicas vividas pelas mulheres, sobretudo na velhice; 3) a maior suscetibilidade dos homens ao estresse no ambiente do trabalho e das mulheres no ambiente doméstico-familiar. Além disso, é importante considerar, como Bird e Rieker (1999), que as mais altas taxas de morbidade entre mulheres refletem os padrões gerais de socialização quanto a percepções e respostas aumentadas para processos de adoecimento.

Bird e Rieker (1999) destacam que, com o advento da perspectiva de gênero, a maioria das doenças passam a ser consideradas como uma resposta a uma combinação de causas biológicas e socioculturais que podem promover a 'ampliação' (há uma base biológica que pode ser exacerbada pelo contexto sociocultural) ou a 'supressão' (que envolve diferenças biológicas que são reduzidas pelo padrão de comportamento de homens e mulheres) do evento morbidade em questão. Como exemplo do primeiro, George (1997) demonstra que as diferenças de padrões hormonais para homens e mulheres estão associadas a comportamentos agressivos para homens e a depressão para mulheres. Assim, tais predisposições seriam aumentadas (mas não criadas) pela socialização de gênero. Como exemplo de 'supressão', há os problemas cardiovasculares. Embora se afirme que as mulheres têm maior resistência, pesquisas recentes sugerem que o aumento do estresse da vida cotidiana das mulheres tem minimizado as diferenças inatas potenciais.

Outros fatores conformadores da identidade dos sujeitos, como classe, raça/etnia, geração, influenciam a saúde e a longevidade mas não explicam as diferenças de gênero quanto a estes dois aspectos. Assim, devemos considerar que o modo de se comportar e conduzir a vida é um dos mais importantes fatores que influenciam a saúde e, se concebemos gênero (Butler, 2003) e demais categorias como classe, raça/etnia, geração como a forma de viver o corpo no mundo, compreendemos a importância crucial de tais categorias na análise dos processos de saúde-doença e morte.

Ao analisar as construções sociais da masculinidade e suas conseqüências para a saúde, Couternay (2000) mostra que aspectos como poder e iniqüidade social são necessários para se entender o contexto dos comportamentos não saudáveis dos homens. Assim, as atitudes dos homens associadas à masculinidade hegemônica podem ser compreendidas como, por exemplo, a 'supressão' de suas necessidades de saúde e a recusa em admitir ou reconhecer sua dor/sofrimento, afirmar seu forte controle físico e emocional e, de outro lado, o constante interesse em sexo, o comportamento agressivo, entre outros. Para o autor, o padrão de masculinidade hegemônica é definido em oposição a comportamentos e crenças positivas em saúde, já que o

cuidado em saúde está associado ao feminino. "Desconsiderando suas necessidades de cuidado em saúde, os homens estão construindo gênero" (Couternay, 2000:1389). Seguindo o referencial de Connell (1995) de masculinidade hegemônica, Couternay (2000) considera que os fatores de risco para a saúde são diferentes dependendo da forma como os homens se relacionam com a masculinidade hegemônica: hegemônica, subordinada, marginalizada, de resistência etc. Em sua tentativa de articular masculinidades e cuidado com a saúde com base numa teoria de gênero, o autor destaca que a hipermasculinidade – que seria um modo de compensar a insegurança quanto à identidade de gênero – traz conseqüências danosas à saúde na medida em que a exacerbação dos comportamentos de risco pelo homem guarda ligação com o modo como ele se sente – mais próximo ou distante – do referente hegemônico de masculinidade, que, como já salientamos, é impossível de ser atingido por completo.

Saúde, Reprodução, Violência e Gênero: Mulheres e Reprodução x Homens e Sexualidade?

O campo da reprodução humana, de caráter eminentemente interdisciplinar por abranger disciplinas como antropologia, história, medicina, saúde coletiva, ganhou amplo destaque, a partir dos anos 80, com a noção de saúde reprodutiva, que favorece ainda mais a interdisciplinaridade das investigações.

A noção de saúde reprodutiva apresenta desdobramentos desde meados dos anos 80. Como bem sublinha Galvão (1999), a inclusão de aspectos sociais da vida das mulheres para além das funções reprodutivas é verificada apenas na metade dos anos 90, especialmente na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) do Cairo de 1994 e na Conferência da Mulher em Beijing de 1995.

Enquanto o foco inicial da noção de saúde reprodutiva e dos estudos produzidos na área voltava-se para o reconhecimento e a proteção dos direitos reprodutivos das mulheres, a partir de meados dos anos 90 alguns pesquisadores e militantes do campo começam a reconhecer a necessidade da inclusão dos homens, especialmente no tocante a comportamentos e valores que intervêm nos processos relacionais de saúde reprodutiva e sexualidade.

Segundo Arilha (2001), o reconhecimento e a valorização da necessidade de enfocar os homens na área da saúde reprodutiva deveram-se, em grande parte, à urgência imposta pela pandemia de HIV-Aids, à crescente visibilidade da violência contra mulheres baseadas nas desigualdades de gênero e à constatação do desequilíbrio de gênero nas decisões e cuidados no campo da saúde sexual e reprodutiva.

Entretanto, tal inclusão não significa existência de consenso: enquanto alguns vêem a inclusão dos homens no documento da CIPD-Cairo como ênfase no reforço de sua responsabilidade e como estratégia para a consecução de saúde e de direitos para as mulheres, outros consideram tal inclusão como reconhecimento dos homens como sujeitos de direitos e com

necessidades e demandas específicas neste campo. Em suma, a discussão sobre a presença dos homens assenta-se na centralidade que o documento confere às mulheres, gerando uma percepção do homem como 'irresponsável e/ou não confiável' *versus* 'responsável e/ou confiável'.

A essas questões, devemos acrescentar o questionamento bem colocado por Leal e Boff (1996): será que a sexualidade está para o homem assim como a reprodução está para a mulher? Em outras palavras, a temática da reprodução estruturou-se com a 'ausência' do masculino e os estudos com recorte nos homens privilegiaram inicialmente a sexualidade. Assim, no campo específico da saúde reprodutiva por muito tempo os homens foram pensados de uma maneira 'instrumental'. Só recentemente investigações passam a incorporar a discussão sobre as necessidades masculinas com um olhar sobre os homens para além do papel de apoiar ou dificultar o comportamento e as decisões reprodutivas das mulheres (Figueroa-Perea, 1998; Vila, 1997).

É também importante destacar dois aspectos que o estudo sobre homens na saúde quase que impõe como temática de gênero: a violência de gênero e a sexualidade.

Começando pelo segundo deles, devemos ressaltar a importância do surgimento e disseminação da epidemia de HIV-Aids na entrada dos homens na cena desses estudos. Isso porque no início da epidemia houve uma forte associação entre HIV-Aids e o sexo masculino, especialmente os homossexuais. A partir da mudança do perfil epidemiológico da Aids, com o aumento da transmissão por via heterossexual e as crescentes taxas de infecção entre mulheres, os estudos passam a incorporar a perspectiva de gênero para entender o aspecto relacional da conjugalidade-afetividade e sua conexão com o HIV-Aids. Tem-se, assim, reforçada, nos estudos, a dimensão de poder nas relações entre homens e mulheres que, por exemplo, dificulta a negociação feminina pelo uso do preservativo (Barbosa, 1999), bem como a dimensão dos referenciais identitários de masculinidade que promovem o aumento da vulnerabilidade dos homens a práticas sexuais de risco, devido ao número de parceiras, à identificação de uma pseudo autoproteção e à idéia de masculinidade associada à virilidade, entre outras (Olavarría, 1999; Villela, 1998; Kalckmann, 1998). Como decorrência, vê-se que entre os estudos sobre sexualidade e saúde reprodutiva masculina que focalizam o referente heterossexual, é privilegiada a dimensão da 'sexualidade compulsiva', que se expressa pela necessidade de ter muitas parceiras e práticas sexuais, pelo reforço da objetivação sexual da mulher e da referência ao ato sexual como conquista do outro e afirmação da identidade. Como exemplo, os estudos de Ford, Vieira e Villela (2003), Villela (1998) e Kalckmann (1998) investigam esse aspecto, avançando quanto ao envolvimento masculino na saúde reprodutiva e nas práticas de sexo seguro, por estudarem quer as relações conjugais, quer os relacionamentos esporádicos.

Esse aspecto é importante na medida em que o enfoque extrapola a questão da participação masculina nas decisões reprodutivas das mulheres e centra-se no comportamento reprodutivo masculino como 'parte' do relacionamento com as mulheres, ou seja, reforça-se o caráter relacional. E, sobretudo, pela ênfase na compreensão da esfera doméstica como *locus* importante em que as representações e decisões sobre a vida reprodutiva dos homens e mulheres adquirem sentido e significado.

Seguindo essa linha de argumentação e a título de ilustração, apresentamos a seguir os primeiros resultados da pesquisa que desenvolvemos sobre homens, violência e saúde.[6] Vamos tomar os aspectos de: 1) conjugalidade e padrão de uso de método contraceptivo e de preservativo para se proteger de DST; 2) experiência de relações sexuais extraconjugais, uso do preservativo e presença de sinais de DST. Quanto ao padrão de uso de método contraceptivo segundo a situação afetivo-sexual dos entrevistados, dos 64,1% dos homens que coabitam com a companheira, a parcela mais expressiva faz uso de método hormonal (22,8%), seguida daqueles que usam métodos de barreira (18,4%) e, finalmente, daqueles cujas mulheres são laqueadas (16,1%). Entre os que têm parceira sexual, mas não vivem junto (16,8%), os métodos de barreira (sobre-representado pelo *condom*) foram os mais mencionados (40,3%), bem acima do hormonal (31,3%). Tal resultado já era esperado. No entanto, nos cruzamentos entre conjugalidade e sintomas auto-referidos de DST observamos resultados interessantes e preocupantes a um só tempo: entre os 17,2% que relataram algum sintoma de DST, 68,7% viviam com companheira, 17,9% não tinham parceira à época da entrevista e 13,4% tinham parceira afetivo-sexual mas sem coabitar. Os sintomas de DST concentram-se naqueles com relações conjugais afirmadas e cujas parceiras usam métodos hormonais (23,9%), estando a presença destes sinais entre os que usam métodos de barreira (14,9%) apenas acima dos que relatam que não usam nenhum método com a parceira para evitar gravidez (13,4%).[7] Esse achado pode ser explicado pelo fato de que, entre os homens com sintomas de DST, 25,4% afirmaram que já se recusaram a usar camisinha quando solicitado pela companheira, contra 13% dos que não relataram sintomas de DST.

Considerando a existência de relações sexuais fora da relação conjugal estável entre os pesquisados, vemos que a recusa ao uso do preservativo com a companheira foi mais acentuada (23,2%) do que entre aqueles que afirmaram que no último ano não tiveram relações sexuais com outra(s) mulhere(s) que não a companheira (14,4%). Disso decorre que os sintomas auto-referidos de DST apresentam percentuais mais elevados entre os que mantiveram relações com outra(s) mulhere(s) que não a companheira (26,8%), contra 14,8% entre os que não tiveram relações com outra(s) mulhere(s) no último ano (Schraiber & Couto, 2004).

Esses dados, embora preliminares, revelam a necessidade de pensar sobre o quanto a cultura da valorização do sexo como imperativo masculino pode explicar os comportamentos verificados nos homens entrevistados. A impossibilidade de dominar seus impulsos sexuais, sentindo-se eles, portanto, obrigados a não perder oportunidades, mesmo quando com parceiras afetivo-sexuais fixas, pode ser uma dessas referências. Outra referência é a da necessidade de conquista. Esta, assim como a ereção, a penetração e as proezas sexuais, parece tornar-se símbolo de auto-afirmação e virilidade. A masculinidade exige comportamentos em que se deve correr riscos, com conseqüente menor preocupação com o cuidado de si e de suas parcei-

[6] Pesquisa 'Homens, violência e saúde: uma contribuição para o campo de pesquisa e intervenção em gênero, violência doméstica e saúde', apoiada pela Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp - Proc. n. 02/0413-9) e CNPq (Proc. n. 306987/2003-1).

[7] Essas associações, bem como as demais inseridas no texto, foram estatisticamente significativas ($p < 0,05$).

ras. Tal círculo de comportamento, como demonstra Figueroa-Perea (1998), está associado à busca de auto-afirmação e gera, em muitos casos, uma certa negligência quanto ao risco de contrair DST, bem como uma indiferença quanto a atitudes preventivas para si e protetoras em relação às parceiras. Cabe, então, enfatizar a importância de abordar a questão do planejamento familiar, da vivência das relações afetivo-sexuais e das DST como aspectos da saúde reprodutiva e da saúde em geral, sob o prisma da sexualidade.

No que diz respeito, agora, à questão da violência de gênero, observa-se, entre os temas abordados em recentes coletâneas sobre sexualidade e saúde reprodutiva (Galvão & Díaz, 1999; Giffin & Costa, 1999 Arilha, Ridenti & Medrado, 1998), que tal violência, especialmente a de caráter físico e sexual, emerge como questão importante devido aos padrões gerais de sexualidade nas sociedades e à conseqüente vulnerabilidade das mulheres a tais violências, repercutindo-se em DST e HIV, gravidez indesejada, aborto, sexo sem proteção, perda fetal e/ou baixo peso ao nascer.

Muitos são os nomes dados à violência que as mulheres sofrem no âmbito da casa ou do privado: violência familiar ou intrafamiliar, violência doméstica, violência nas relações amorosas e conjugais, violência contra a mulher, violência de gênero. As denominações utilizadas guardam referências não apenas com o lugar de origem – Brasil, Estados Unidos, Europa –, mas com os enfoques teórico-analíticos e políticos arrolados para a compreensão e ação diante da problemática.

A despeito das diferenciações conceituais, os investigadores da área reforçam sua localização preferencial no domínio do doméstico, freqüentemente superposto ao espaço da casa, socialmente associado a família, segurança, lealdade, companheirismo, solidariedade. O espaço doméstico, campo das relações afetivo-conjugais entre os gêneros, está potencialmente carregado de tensões e conflitos. Sua dinâmica reflete as transformações históricas e sociais que imprimem a necessidade cotidiana de rearranjos e negociação nas relações de poder, hierarquia e reciprocidade entre os sujeitos. Diante de tal configuração, a questão que se coloca é: como se consubstancia o sentido que relaciona a representação social masculina com a violência e que razões ou motivos podem ser acionados na busca de se entender o envolvimento de homens e mulheres que partilham vida afetiva em situações de violência?

A extensa literatura nacional e internacional sobre o tema revela que as relações de afetividade/conjugalidade perpassadas pela violência entre os gêneros são extremamente tensas e respondem a atitudes e concepções mais gerais de masculinidade e feminilidade (Schraiber & d'Oliveira; 1999; Saffioti & Almeida, 1995; Gregori, 1993; Giffin, 1994; Heise, 1999; Suarez, Machado & Bandeira, 1999). Para Suarez, Machado e Bandeira (1999), os impactos das expressões da violência nessas relações, assim como suas conseqüências para a saúde, refletem uma articulação real e simbólica entre a divisão e naturalização dos lugares/papéis masculinos e femininos nos espaços físicos e socioculturais.

As relações violentas tendem a descrever uma escalada que vai desde agressões verbais, passando para as físicas e/ou sexuais, podendo atingir a ameaça de morte ou o homicídio. Mas essa dinâmica não se mostra fixa ou linear, e pode também não contemplar uma seqüência preestabelecida. Embora tenham como componentes externos situações como desemprego, álcool, droga, traição, que significam quebras no padrão de reciprocidade idealmente estabelecido entre os gêneros, estas quebras apenas dão forma a processos de agressões e violência que consubstanciam a busca de atualização de atributos e significados associados ao masculino e o feminino.

Compreendemos que investigações acerca das expressões da violência presente nas relações afetivo-conjugais requerem a utilização do referencial de gênero, pois, como mostram Schraiber e d'Oliveira (1999), a ocorrência de violências nessas relações, apesar de apresentar expressões variadas e particulares, tem como fundamento a diferença de estatuto da condição feminina assentada nas desigualdades de poder entre homens e mulheres na sociedade. Ao considerar o caráter fluido e dinâmico das relações, é possível chegar a uma compreensão ampliada e relacional da violência psicológica, física e/ou sexual no âmbito da afetividade/conjugalidade, bem como desenvolver ações de planejamento e intervenção apropriadas ao problema e seus impactos na saúde dos sujeitos envolvidos.

A revisão da literatura sobre o tema na perspectiva das políticas públicas no campo policial/jurídico (Brandão, 1998; Guerra, 1997; Barsted, 1994; Rocha, 1997), ou na perspectiva da saúde (Heise, 1999, Giffin, 1994; Schraiber & d'Oliveira, 1999; McCauley et al., 1995) e, ainda, naquela dos direitos humanos (Rico, 1996) demonstrou que os homens, embora estivessem presentes como personagem recorrente nas análises, eram tomados como representantes da cultura sexista e autoritária de base patriarcal. Como resultado disso, criou-se um estereótipo do homem como aquele que está sempre impondo dominação sobre as mulheres e destas como vítimas passivas ou cúmplices nessas relações. Mas, como bem destacou Kaufman (1997), em tal problemática a generalização e simplificação em termos de vítimas e culpados simplesmente não leva a nada.

Só recentemente os homens, como sujeitos implicados nas relações violentas, passam a merecer considerações não apenas como agressores. É certo que a incipiente incorporação dos homens nos estudos e propostas de ações pela não-violência entre os gêneros ganha significado quando se analisa o contexto histórico-político dos anos 70 e 80, em que se assiste à emergência da temática no país. Nesse momento, dada a necessidade de descrever, discutir e denunciar a violência contra a mulher, assim como buscar ações políticas para o enfrentamento efetivo da questão, foram as mulheres estrategicamente o alvo das pesquisas e propostas de intervenção, tanto no campo da saúde quanto no campo jurídico e policial.

O pólo masculino da violência doméstica contra as mulheres passa a ganhar destaque quando as experiências de ações políticas revelam que o trabalho com as mulheres 'vítimas' necessita da inclusão dos homens nas propostas de intervenção que visam a barrar o ciclo de

violência entre os gêneros (Greig, 2001; Muszkat, 1998). Assiste-se, assim, à ampliação da compreensão sobre as estruturas de poder, opressão e dominação entre os gêneros, sem que se reforce o caráter de essencialização dos sujeitos nos papéis de vítima e vilão. Essa tentativa de entender de forma relacional e ampliada os referenciais de masculinidade e feminilidade nas situações de violência entre homens e mulheres também é um importante passo no desenvolvimento das recém-inauguradas linhas de pesquisas no país sobre masculinidades e violência (Nolasco, 2001) e masculinidades e saúde (Giffin & Cavalcanti, 1999). Do mesmo modo, torna possível um diálogo com a recente produção teórica internacional na temática (Connell, 2001; Greig, 2001), na medida em que os diferentes padrões de masculinidades, a diversidade dos contextos sociais em que homens e mulheres se relacionam e os significados socioculturais com que a violência doméstica de caráter conjugal se expressa tornam-se alvo de trocas de informações e ampliação de conhecimento.

Entendemos que tensões perpassam todos os relacionamentos afetivo-sexuais e que os motivos que dão margem a essas tensões têm origem interna e externa a tais relacionamentos. Ilustrando com nosso citado estudo, investigamos com que freqüência ocorrem brigas e discussões nos relacionamentos entre os usuários do serviço e suas companheiras. É interessante observar que 62,4% responderam que nunca (19,1%) ou raramente (43,3%) brigam, enquanto apenas 6,5% disseram que as brigas/discussões são freqüentes. Quanto à questão "quem, na maioria das vezes, inicia as brigas/discussões?", apenas 17,4% responderam ser os responsáveis, sendo que praticamente o dobro atribuiu a 'culpa' às mulheres (33,5%) e a maioria assumiu que as brigas/discussões partem dos dois (49%). O principal motivo apontado foi o ciúme, sendo que o ciúme da mulher em relação ao parceiro (20,3%) é bem superior ao ciúme dele em relação a ela (13,2%).

Passando ao aspecto da violência perpetrada pelos homens contra suas mulheres/parceiras, os resultados demonstram a magnitude do problema, mesmo considerando-se que o foco da investigação são os próprios homens. Quando agrupamos todas as formas de violência (psicológica, física e/ou sexual), temos que 1 em cada 2 homens agrediu de algum modo a companheira atual ou qualquer companheira anterior (49,1%). Tomando a forma física, 29,8% dos homens afirmaram que praticaram pelo menos um desses atos contra a companheira atual ou anterior: dar um tapa, jogar algo que poderia machucá-la, empurrar ou dar um tranco/chacoalhação, chutar, arrastar, surrar, estrangular, queimar de propósito, ameaçar usar ou realmente usar arma de fogo. Quanto à violência sexual, 3,1% dos homens relataram que obrigaram suas parceiras ao ato sexual.[8]

A análise de alguns estudos que contemplam a face masculina dos episódios de violência contra a mulher revela que a maioria reforça interpretações sobre um *ethos* masculino que associa violência à própria construção da masculinidade. Para alguns, o peso maior da associ-

[8] A literatura mostra como é difícil a boa pergunta sobre violência física, psicológica ou sexual, a qual evita sub-registro. Não cabem aqui maiores discussões sobre esse aspecto, mas nosso instrumento tomou por base as principais recomendações e os questionários já validados em pesquisas nacionais e internacionais (Schraiber & Couto, 2004).

ação está colocado no processo de socialização em que o machismo prevalece (Muszkat, 1998; Greig, 2001). Para outros, a violência de gênero teria como fundamento o princípio simbólico de 'honra' que rege as expectativas e as atuações dos homens na 'casa' e na 'rua' (Suarez, Machado & Bandeira, 1999), bem como as crenças internalizadas na autoridade dos homens e a conexão entre a noção de virilidade e violência (Nolasco, 2001; Fuller, 1998).[9]

Já em termos da prática concreta das relações, a ênfase tem sido posta em dois conjuntos de fatores: 1) os poderes e privilégios sociais dos homens nas sociedades e a conseqüente permissividade social para a violência dos homens contra as mulheres e 2) as experiências contraditórias de poder vividas pelos homens, especialmente na infância, que se transforma, na vida adulta, em terreno fértil para a utilização do recurso à violência na esfera privada. Segundo Kaufman (1997), na vivência cotidiana a relação entre os meninos e homens na violência contra as mulheres é muito complexa. Grande parte dos homens experimenta, direta ou indiretamente, durante a socialização, situações em que a violência contra a mulher está presente. O silêncio que a maioria desses homens desenvolve diante de tais contextos é perpetuador da violência.

Seja no campo das relações ou dos referenciais simbólicos, para a maior parte desses autores o recurso à violência (de caráter psicológico, físico ou sexual) não seria simplesmente um elemento constitutivo da relação afetiva/conjugal. Antes, sua emergência responderia à necessidade masculina de recolocar elementos associados à honra, autoridade e poder na relação quando estes são questionados ou estão em crise. Em outras palavras, para um homem a violência é uma possibilidade de resposta à demanda por desempenho de seu papel social. Embora seja estimulada de diferentes formas durante o processo de socialização, torna-se um elemento-chave na reafirmação de um determinado tipo de subjetividade masculina quando o sujeito não encontra para si formas de reconhecimento e inserção social. Nesses casos, ele tende a se envolver mais diretamente em situações de violência, contra terceiros e contra ele mesmo.

Como Suarez, Machado e Bandeira (1999) indicam, é importante pensar o quanto as construções sociais de gênero se diferenciam, inclusive no interior de uma mesma sociedade, como a brasileira, mas, também, o quanto a violência de gênero está presente e disseminada entre seus diferentes setores e grupos sociais, reforçada pela diferença que se consubstancia em desigualdade entre homens e mulheres. Assim, é somente a inteligibilidade do homem agressor como sujeito 'vulnerável' que leva à compreensão da violência (física, psicológica e/ou sexual) como tentativa de repor a ordem perdida ou em vias de ser abalada. Finalmente, para Giffin e Cavalcanti (1999), a violência de gênero contra a mulher, que acontece entre quatro paredes, é a expressão da inviolabilidade dos espaços reservados à autoridade masculina. Para muitas mulheres, a violência se insere no plano da ordem e não no do desvio.

---

[9] No que se refere às sociedades latinas, diferentes autores, entre eles Fuller (1998), consideram que a violência contra a mulher tem como um dos principais suportes simbólicos o machismo, característico do sistema de gênero onde também se destacam: 1) a compreensão de feminino e masculino como opostos; 2) a organização social expressa em uma divisão moral na qual a força e a honra dos homens e a vergonha das mulheres são qualidades morais importantes; 3) a defesa da dupla moral sexual e a importância conferida ao controle da sexualidade feminina em oposição à ênfase na virilidade, na força e, ao mesmo tempo, o desinteresse por assuntos domésticos por parte dos homens.

Sem dúvida, a ampliação dos estudos sobre essa problemática para a inclusão dos homens na perspectiva de gênero tem facultado o entendimento da violência nos diferentes contextos que os homens vivem. E, com isso, criam-se possibilidades de promover o trânsito entre uma visão da relação entre masculinidade e violência, com base numa idéia genérica de patriarcado, para uma idéia que privilegie a violência como expressão de insegurança masculina ou como a não atualização de um padrão hegemônico de masculinidade. Tal mudança nos parece importante na medida em que se discute como as experiências de poder (e de falta de poder)[10] para os homens estão relacionadas a outros referenciais identitários como classe, geração/idade, raça/etnia etc., bem como ao contexto cotidiano das relações com outros homens e mulheres, o que sugere a possibilidade de fugir de categorizações abstratas de papéis sexuais constitutivos de uma visão monolítica de homem e mulher.

Gênero, Violência e Saúde: as Relações dos Homens Entre Si

As conexões entre violência e saúde são estudadas, como destacam Minayo (1994) e Minayo e Souza (1999), desde os anos 70, com progressivos esforços teórico-metodológico e político para ampliar a visibilidade dos agravos à saúde, bem como a formulação/implementação de políticas de prevenção.

A visibilidade da violência em sua relação com a população masculina e o espaço público tem sido bastante discutida na saúde coletiva, segundo indicadores tradicionais de morbimortalidade. De acordo com esses indicadores, homicídios e agressões físicas compõem um cenário que é quantitativamente definido pelos homens (Laurenti, 1998; Melo Jorge & Yunes, 2001). O contraste com a violência vivida pelas mulheres é, pois, total, já que os homens vivem esta violência nesses espaços públicos e principalmente como violência entre si, o que revela a existência de diferenciais entre os gêneros que respondem aos posicionamentos dos sujeitos na sociedade, às identidades construídas ao longo da vida e ao modo como vivenciam as relações sociais com o mesmo sexo e com o sexo oposto nos domínios público e privado.

É especialmente a partir dos anos 90 que se iniciam as pesquisas acerca das relações entre violência e masculinidade. Essas pesquisas têm início a partir da visibilidade dos altos e crescentes índices de violência e morte entre adolescentes (Mello Jorge, 1998; Bercovich, Dellasoppa & Arraiga, 1998). Segundo Laurenti (1998), em várias regiões da América Latina e Caribe, a mortalidade por violências tem sido crescente e atinge sobremaneira homens jovens. Entendemos que um melhor conhecimento do que está ocorrendo em relação ao binômio homem-violência – por exemplo, na forma como expectativas de gênero colocadas para os homens jovens tendem a enfatizar o controle pelo recurso à violência – traria importantes contribuições para a abordagem de alguns aspectos no âmbito dos programas de educação voltados para a prevenção.

[10] Como bem demonstraram Bourdieu (1999) e Marques (1997), por certo os homens ganham dividendos com o patriarcado, em termos de honra, prestígio e direito para comandar. Entretanto, devemos reconhecer os 'custos' do patriarcado para os homens. Assim, na análise da relação homem-violência, há que considerar a relação 'custo/benefício' desse padrão nas atitudes, comportamentos e relações que os homens estabelecem com outros homens e com as mulheres.

Na literatura, observa-se que os homens são os maiores perpetradores da violência interpessoal, seja homicídio, violência física, sexual ou abuso doméstico (Hong, 2000; Holtzworth-Munroe et al., 1997).

Em nossos próprios dados, com base na pesquisa já citada, a violência perpetrada e sofrida na esfera pública é também de alta magnitude: mais do que 1 em cada 2 homens (56,3%) já experimentou alguma situação de violência física traduzida nos seguintes atos: tapas, empurrões, socos, chutes. Nota-se que são os amigos (37,5%) e estranhos (34,8%) as categorias mais mencionadas como agressores, embora mereça destaque a categoria dos policiais (5%). Investigamos, também, o quanto os homens, após os 18 anos e nos espaços públicos, se envolveram em situações de agressão física em que eles são os agressores, e 29,9% responderam que já agrediram fisicamente alguém após os 18 anos, sendo que as categorias mais comuns de agredidos foram as de estranhos (43,7%) e colegas/amigos/conhecidos (25,2%) (Schraiber & Couto, 2004).

Outras pesquisas sobre violência e masculinidades indicam que o processo de socialização dos homens inculca um padrão hegemônico e limitado de masculinidade, que predispõe os homens a perpetrar violências contra pessoas consideradas inferiores na escala social (mulheres, idosos, homossexuais etc.) e a se envolver em situações de violência com pares do convívio social mais próximo ou distante. Assim, nos estudos sobre violências experimentadas por homens, a perspectiva de gênero é fundamental para que se possa compreender que os nexos entre masculinidade e violência, reforçados no processo de socialização e de afirmação da masculinidade, representam desvantagens em termos de saúde, pois os expõem a situações constantes de risco, especialmente nos espaços públicos.

Autores que compartilham tal perspectiva, como Hong (2000), também fazem alusão às categorias de R. Connell – especialmente 'masculinidade hegemônica' e 'hipermasculinidade' – e relacionam a 'hipermasculinidade' a comportamentos violentos, especialmente entre: 1) homens a quem foi negado acesso à masculinidade hegemônica por questões de raça/cor, classe e orientação sexual e 2) homens cuja socialização se deu com outros homens que apresentam uma conformidade exagerada com os papéis tradicionais.

Em sua análise da relação entre violência e masculinidade, Nolasco (2001) destaca que a subjetividade masculina está fortemente ancorada nos referenciais de virilidade e trabalho. Aqueles que não encontram para si forma de reconhecimento e inserção social tendem a se envolver em diferentes situações de violência, contra terceiros e contra eles mesmos.

Em suma, diferentes estudos destacam que os homens sofrem mais pressões sociais para endossar as prescrições de gênero da sociedade. Embora reconheçamos a validade de tal argumento, reforçamos o caráter plural e dinâmico das masculinidades concretas diante do modelo hegemônico de masculinidade. Assim, embora a socialização potencialize o envolvimento em situações nas quais a agressividade verbal e física está presente, alertamos para o fato de que o mesmo processo de socialização prevê padrões de comportamento em que o uso da violência

representa uma forma corriqueira de resolução de conflitos apenas quando se trata da relação entre diferentes, em que são atingidas pessoas que na escala social detêm menos poder (crianças, pessoas mais pobres, mulheres, idosos, homossexuais etc.). Entre pares (homens na mesma condição social), o recurso à violência verbal e especialmente física só se justifica quando padrões de reciprocidade são quebrados, ou seja, quando estão envolvidos referenciais simbólico-morais como honra, família, trabalho, entre outros.

Pensamos que é legítimo discutir o quanto as respostas a pressões de gênero da sociedade dizem respeito aos padrões de normatização vividos por sujeitos historicamente implicados nesse processo. Assim, acreditamos que o cerne da questão não seja o quanto os homens sofrem maiores pressões – do que, por exemplo, as mulheres – para reconhecer como legítimo e utilizar o recurso à violência, mas como estes têm mais dificuldades em aceitar 'imposições' sociais sobre direitos de igualdade com os 'outros' menos valorizados na escala social. Esse argumento remete a uma melhor análise da própria questão do poder e do modo como enfrentar redistribuições de poder (em favor do aumento das simetrias das relações), dos conflitos que daí advêm e da violência como forma de resolvê-los. Não cabe aqui ampliar tal elaboração, mas o alerta enfatiza a necessidade de que a questão do poder não seja resumida à masculinidade. Também lembramos a alternativa de aproximação da noção de poder tal como formulada por Arendt (2000), para quem o conceito expressa mais a face positiva do que a negativa de seu exercício, e corresponde ao compromisso ético e socialmente responsável implicado nas escolhas de sujeito.

Finalizando, cabe retomar, tal como sublinhamos no início do texto, que o problema violência se mostra fecundo para o entendimento das relações entre masculinidades e saúde em duas grandes vertentes: de um lado, nas relações de sociabilidade entre homens, que adquirem conformações extremamente perversas e nas quais o recurso à violência física se justifica e se banaliza, e se traduz em altos índices de mortalidade; e, de outro lado, na esfera doméstica, espaço das relações afetivo-sexuais entre homens e mulheres, onde as assimetrias de poder e a dominação masculina se expressam em atos violentos contra as mulheres que têm importantes repercussões na saúde.

Cabe ainda, trazendo à cena o argumento de Figueroa-Perea (1998), afirmar que a presença dos homens nos estudos sobre a saúde modifica substancialmente a aproximação tradicional da saúde reprodutiva, na medida em que abre o leque das considerações para pensar os homens e mulheres como sujeitos com necessidades concretas a serem consideradas em todas as formas de interações. Acreditamos que se a perspectiva de gênero possibilita tal ampliação de reflexão, pela exigência que a própria categoria de análise traz, a inclusão dos homens para entendê-los e também às mulheres representa o esforço empírico de realizar tal categoria.

Referências Bibliográficas

ARENDT, H. *Sobre a Violência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.

ARILHA, M. *Homens, Saúde Reprodutiva e Gênero: direitos em perspectiva*, jul. 2001. Projeto de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. (Mimeo.)

ARILHA, M.; RIDENTI, S. & MEDRADO, B. (Orgs.) *Homens e Masculinidades: outras palavras*. São Paulo: Ecos, Editora 34, 1998.

BARBOSA, R. M. Negociação sexual ou sexo negociado? Poder, gênero e sexualidade em tempos de Aids. In: BARBOSA, R. & PARKER, R. (Orgs.) *Sexualidades pelo Avesso: direitos, identidade e poder*. Rio de Janeiro, São Paulo: IMS/Uerj, Editora 34, 1999.

BARSTED, L. *Violência contra a Mulher: uma avaliação das políticas públicas*. Rio de Janeiro: Cepia, 1994.

BERCOVICH, A., DELLASOPPA, E. & ARRIAGA, E. J'adjunte mais je ne corrige pas: jovens, violência e demografia no Brasil. Algumas reflexões a partir dos indicadores de violência. In: CNPD. *Jovens Acontecendo na Trilha das Políticas Públicas*. Brasília: CNPD, 1998.

BIRD, C. & RIEKER, P. Gender matters: an integrated model for understading men's and women's health. *Social Science & Medicine*, 48:745-755, 1999.

BOURDIEU, P. *A Dominação Masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

BRANDÃO, E. Violência conjugal e o recurso feminino à polícia. In: BRUSCHINI, C. & BUARQUE DE HOLANDA, E. (Orgs.) *Horizontes Plurais: novos estudos de gênero no Brasil*. São Paulo: FCC, Editora 34, 1998.

BUTLER, J. *Problemas de Gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CHENG, C. Marginalized masculinities and hegemonic masculinity: an introduction. *The Journal of Men's Studies*, 1(3):295-313, Spring 1999.

CONNELL, R. *Masculinities: knowledge, power and social change*. Berkeley, Los Angeles: University of California Press, 1995.

CONNELL, R. La organización social de la masculinidad. *Ediciones de las Mujeres*, (24):31-48, jun. 1997.

CONNELL, R. Men and Violence. United Nations International Research and Training Institute for the Advancement of Women/Working Paper Series on Men's Roles and Responsabilities in Ending Gender Based Violence, 2001. http://www.um-instraw.org./mensroles/

COUTERNAY, W. H. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50:1.385-1.401, 2000

FIGUEROA-PEREA, J. Algunos elementos para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva. *Cadernos de Saúde Pública*, 14 (supl.1):87-97, 1998.

FORD, N. J.; VIEIRA, E. M. & VILLELA, W. V. Beyond stereotypes of Brazilian male sexuality: qualitative and quantitative findings from São Paulo, Brazil. *Culture, Health & Sexuality*, 5(1):53-69, 2003.

FULLER, N. Reflexiones sobre el machismo en América Latina. In: VALDÉS, T. & OLAVARRÍA, J. (Eds.) *Masculinidades y Equidad de Género en América Latina*. Santiago: Flasco-Chile, 1998.

GALVÃO, L. Saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil. In: GALVÃO, L. & DÍAZ, J. *Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil*. São Paulo: Hucitec, Population Council, 1999.

GALVÃO, L. & DÍAZ, J. *Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil*. São Paulo: Hucitec, Population Council, 1999.

GEORGE, M. J. Into the eyes of Medusa: beyond testosterone, men, and violence. *The Journal of Men's Studies*, 5(4):295-314, may 1997.

GIFFIN, K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(supl.1):146-155, 1994.

GIFFIN, K. & CAVALCANTI, C. Homens e reprodução. *Estudos Feministas*, 7(1-2):53-71, 1999.

GIFFIN, K. & COSTA, S. *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

GREGORI, M. F. As desventuras do vitimismo. *Estudos Feministas*, 1(1):143-149, 1993.

GREIG, A. Political Connections: men, gender and violence. United Nations International Research and Training Institute for the Advancement of Women/Working Paper Series on Men's Roles and Responsabilities in Ending Gender Based Violence, 2001. http://www.um-instraw.org./mensroles/

GUERRA, C. *Descortinando o Poder e a Violência nas Relações de Gênero: Uberlândia 1980-1995*, 1997. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

HEISE, L. et al. Para acabar con la violencia contra la mujer. *Population Reports*, V, 27(4):1-43, dic. 1999.

HOLTZWORTH-MUNROE, A. et al. A brief review on the research on husband violence. *Aggression and Violent Behavior*, 2(1):65-99, 1997.

HONG, L. Toward a transformed approach to prevention: breaking the link between masculinity and violence. *Journal of American College Health*, 48:269-279, 2000.

KALCKMANN, S. Incursões ao desconhecido: percepções de homens sobre saúde reprodutiva e sexual. In: ARILHA, M.; RIDENTI, S. & MEDRADO, B. (Org.) *Homens e Masculinidades: outras palavras*. São Paulo: Editora 34, 1998.

KAUFMAN, M. Las experiencias contradictorias del poder entre los hombres. *Isis internacional - Ediciones de las Mujeres*, (24):63-81, 1997.

KIMMEL, M. La producción teórica sobre la masculinidad: nuevos aportes. *Isis internacional - Ediciones de las Mujeres,* (17):129-38, dic. 1992.

KIMMEL, M. Homofobia, temor, verguenza y silencio en la identidad masculina. *Isis internacional - Ediciones de las Mujeres*, (24):49-62, 1997.

KORIN, D. Novas perspectivas de gênero em saúde. *Adolescência Latino-americana*, 2(2):67-79, mar. 2001.

LAURENTI, R. *Perfil Epidemiológico da Saúde Masculina na Região das Américas: uma contribuição para o enfoque de gênero.* São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1998.

LEAL, O. F. & BOFF, A. de M. Insultos, queixas, sedução e sexualidade: fragmentos de identidade masculina em uma perspectiva relacional. In: PARKER, R. & BARBOSA, R. *Sexualidades Brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, Abia, IMS/Uerj, 1996.

MARQUES, J. V. Varón y patriarcado. *Isis Internacional - Ediciones de las Mujeres*, (24):63-81, jun. 1997.

McCAULEY, J. et al. The "Battering Syndrom": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in Primary Care Internal Medicine Practices. *Annals of Internal Medicine*, 123(10):737-748,1995.

MELLO JORGE, M. H. & YUNES, J. Violência e saúde no Brasil. *Revista USP*, 51:114-127, set.-out.-nov. 2001.

MELLO JORGE, M. H. Como morrem nossos jovens. In: CNPD. *Jovens Acontecendo na Trilha das Políticas Públicas.* Brasília: CNPD, 1998.

MINAYO, M. C. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública,* 10(supl.1):7-18, 1994.

MINAYO, M. C. & SOUZA, E. R. de. É possível prevenir a violência: reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4(1):7-32,1999.

MUSZKAT, M. E. Violência de gênero e paternidade. In: ARILHA, M.; RIDENTI, S. & MEDRADO, B. *Homens e Masculinidades: outras palavras*. São Paulo: Ecos, Editora 34, 1998.

NOLASCO, S. *De Tarzan a Homer Simpson: banalização e violência masculina em sociedades contemporâneas ocidentais*. Rio de Janeiro: Rocco, 2001.

OLAVARRÍA, J. Desejo, prazer e poder: questões em torno da masculinidade heterossexual. In: BARBOSA, R. & PARKER, R. (Orgs.) *Sexualidades pelo Avesso: direitos, identidade e poder*. Rio de Janeiro, São Paulo: IMS/Uerj, Editora 34, 1999.

OLIVEIRA, P. P. de. Discursos sobre a masculinidade. *Estudos Feministas*, 6:91-112, 1º sem. 1998.

POTVIN, L. & FROHLICH, K. L'utilité de la notion de genre pour comprendre les inegalités de santé entre les hommes et les femmes. *Ruptures - Revue Transdisciplinaire em Santé*, 5(2):142-152, 1998.

RICO, N. *Violencia de Género: un problema de derechos humanos*. Santiago: Naciones Unidas, 1996. (Mujer y desarrollo)

SABO, D. Men's health studies: origins and trends. *Journal of American College Health*, 49:133-142, 2000.

SAFFIOTI, H. & ALMEIDA, S. A. *Violência de Gênero*. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

SARTRE, J. P. Questões de método. In: SARTRE, J. P. *Os Pensadores.* Rio de Janeiro: Nova Cultural, 1987.

SCHRAIBER, L. B & COUTO, M. T. Homens, Violência e Saúde: uma contribuição para o campo de pesquisa e intervenção em gênero, violência doméstica e saúde. Relatório final projeto Fapesp. São Paulo, 2004 (Mimeo.)

SCHRAIBER, L. B. & D'OLIVEIRA, A. F. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, 3(5):11-28, 1999.

SCOTT, J. *Gênero: uma categoria útil para análise histórica*. Recife: SOS Corpo, 1990.

SUAREZ, M.; MACHADO, L. Z. & BANDEIRA, L. Violência, sexualidade e saúde reprodutiva. In: GALVÃO, L. & DÍAS, J. *Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1999.

VILLA, A. M. O significado da reprodução na construção da identidade masculina em setores populares urbanos. In: COSTA, A. (Org.) *Direitos Tardios: saúde, sexualidade e reprodução na América Latina.* São Paulo: FCC, Editora 34, 1997.

VILLELA, W. Homem que é homem também pega Aids? In: ARILHA, M.; RIDENTI, S. & MEDRADO, B. (Org.) *Homens e Masculinidades: outras palavras*. São Paulo: Editora 34, 1998.